

Lecciones Aprendidas por los Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Materno - Neonatal



Lecciones Aprendidas por los Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Materno - Neonatal



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Sistema Nacional de Salud



Dirección Nacional de Normatización

Componente Normativo Materno Neonatal

Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) de
la Atención Materno - Neonatal

Junio del 2008

Dra. Carolina Chang C.
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Dr. Ernesto Torres
SUBSECRETARIO GENERAL DE SALUD

Dr. Ricardo Cañizares
SUBSECRETARIO REGIÓN COSTA INSULAR

Dra. Carmen Laspina
DIRECTORA GENERAL DE SALUD

Dra. Bernarda Salas M
DIRECTORA DE NORMATIZACIÓN DEL SNS

Elaborado por:

- Dra. Bernarda Salas M.
- Dr. Eduardo Yépez
- Dra. María de Lourdes Freire

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

- Dr. Jorge Hermida C.
- Dr. Patricio Ayabaca C.
- Dr. Mario Chávez M .

PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD, HCI/USAID*.

Este documento está basado en las experiencias de mejora de la atención llevadas a cabo por numerosos equipos de MCC de Unidades de Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador en doce provincias del País, a lo largo de tres años de ejecución. A todos sus integrantes, así como a los profesionales de las Direcciones Provinciales de Salud y del nivel central del MSP que los apoyaron, nuestro reconocimiento por ser los verdaderos autores de las lecciones y enseñanzas de mejora que se recogen en estas líneas.



- 8 Avances del Ministerio de Salud Pública en la Mejora Continua de la Calidad (MCC) aplicada al cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE)
- 10 El Ministerio de Salud expande el enfoque de la Mejora Continua de la Calidad (MCC) aplicada al cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE), a todas las provincias del País
- 11 La estrategia CONE para reducir la mortalidad materna, y el mejoramiento de la calidad de atención (MCC)
- 13 Lecciones generales aprendidas por los Equipos de MCC en la mejora de la atención
- 16 **Atención prenatal:** lecciones aprendidas por los equipos de MCC
- 22 **Atención del parto:** lecciones aprendidas por los equipos de MCC
- 34 **Atención del post-parto inmediato:** lecciones aprendidas por los equipos de MCC
- 38 **Atención inmediata del Recién Nacido:** lecciones aprendidas por los equipos de MCC
- 44 **Manejo de la Complicación Obstétrica:** lecciones aprendidas por los equipos de MCC
- 48 **Atención de la Pre-Eclampsia/Eclampsia:** lecciones aprendidas por los equipos de MCC
- 54 **Atención de la Hemorragia Obstétrica:** lecciones aprendidas por los equipos de MCC
- 60 **Atención de la Infección Obstétrica:** lecciones aprendidas por los equipos de MCC
- 64 Próximas etapas en el proceso de expansión de la mejora continua de la calidad en los CONE en el Ecuador:
- 56 Recursos bibliográficos y humanos disponibles para apoyar el proceso de mejora continua de calidad de los CONE:

Avances del Ministerio de Salud en Mejora Continua de la Calidad (MCC)

aplicado al cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a través de la Dirección Nacional de Normatización, en el marco del cumplimiento de los Objetivos del Milenio¹, la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos², el Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal³ y las prioridades gubernamentales definidas en el Plan Nacional de Desarrollo, implementa desde hace tres años un proceso Colaborativo de Mejora Continua de la Calidad de la atención obstétrica y neonatal esencial, con el apoyo técnico del Proyecto de Mejora de la Atención en Salud (HCI/USAID, ex-QAP), el UNFPA, la OPS y FCI.

A través de este proceso, entre 65 y 70 unidades de salud, en su mayoría hospitales cantonales de once provincias del País, han establecido equipos de MCC que miden y mejoran la atención a madres y recién nacidos. El MSP ha logrado avances importantes en estas unidades, tales como la implementación del uso regular del partograma, la introducción del manejo activo de la tercera etapa del parto, la mejora de la atención prenatal y del puerpe-

rio inmediato, la atención inmediata del recién nacido bajo criterios de calidad, un currículo y experiencias en capacitación clínica en CONE, entre muchos otros. El Ministerio de Salud Pública ha puesto en marcha un sistema de MCC y ha publicado herramientas importantes tales como el Manual de Estándares e Indicadores para el MCC, las Guías para la Capacitación Clínica en CONE, el Addendum a la Norma Nacional para el manejo activo de la 3^o etapa del parto, herramientas para la capacitación en MCC, bases de datos para el reporte y análisis de indicadores de calidad en los diferentes niveles del sistema, y un Manual para la Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto^{4, 5, 6, 7}. Estos avances del MSP del Ecuador han trascendido las fronteras nacionales, siendo presentados en foros internacionales y han sido replicados por instituciones de países latinoamericanos. Conjuntamente a la elaboración de este documento, el MSP se

1 ONU. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Objetivos No.4 y No.5 en lo pertinente a la reducción de muerte materna e infantil. Nueva York 2000. www.un.org/spanish/

2 Consejo Nacional de Salud del Ecuador, CONASA. Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Quito, 2006.

3 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y neonatal. (en construcción) 2008.

4 Ministerio de Salud Pública del Ecuador - Dirección Nacional de Normatización. Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para la Calidad de la Atención Materno-infantil. Quito, Septiembre 2006.

5 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Addendum a la Norma Nacional para el Manejo Activo del tercer período del parto. Quito, 2006.

6 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Provincial de Salud del Tungurahua. Proyecto de Garantía de Calidad, QAP-USAID. Manual para la Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto. Quito, Marzo 2007.

7 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Subsecretaría de Desarrollo Institucional. Gestión para la Calidad en Unidades descentralizadas. Quito, Septiembre 2000.

encuentra fortaleciendo estos procesos a través de la actualización de las normas y estándares de salud materno-neonatal y la inclusión de nuevos estándares de calidad para el manejo de las complicaciones más frecuentes del recién nacido. Así mismo, se encuentra implementando un esfuerzo colaborativo para mejorar el manejo de las principales complicaciones obstétricas en hospitales generales del País.

El MSP reconoce que para lograr mejorar la atención no basta con tener una norma nacional actualizada, sino que es necesario asegurar su aplicación efectiva y sostenida. Para ello, la Dirección Nacional de Normatización ha incorporado los métodos y herramientas de

MCC en el Proceso de gestión del cumplimiento de la Norma Nacional, el mismo que consiste en un conjunto de actividades específicas a ser desarrolladas en el Nivel Central, Direcciones Provinciales, Direcciones de hospitales y Jefaturas de Área, todas ellas orientadas a difundir el contenido de la nueva Norma Nacional, fortalecer las capacidades del personal para su aplicación efectiva, medir el grado de su cumplimiento a través de indicadores y fortalecer a los diferentes niveles y unidades de salud que muestren deficiencias. La siguiente tabla resume los roles y responsabilidades del proceso de gestión del cumplimiento de la Norma a cada nivel.

Sub-procesos	Niveles y roles en el Proceso de Gestión del cumplimiento de la Norma			
	Nivel Central	Dirección Provincial	Dirección de hospital y de Área de Salud	Equipos de MCC en cada Unidad
1. MSP cuenta con Normas y Estándares nacionales basados en la evidencia	Actualización permanente de la Norma y Estándares	Apoyo con expertos locales	Apoyo con especialistas	Realimenta al nivel provincial y central sobre aspectos de la aplicación de la Norma
2. Personal conoce las Normas y Estándares y tiene las competencias para aplicarlos	Organiza proceso nacional de capacitación clínica en CONE y MCC	Organiza y conduce la capacitación provincial	Implementa el Centro provincial de capacitación en hospital provincial	Es capacitado en Centro provincial en hospital general
3. Personal motivado para el cumplimiento de la Norma y Estándares	Establece política de incentivos y reconocimiento al cumplimiento de la Norma y resultados	Gerencia aplicación de política de incentivos	Gerencia aplicación de política de incentivos	Propone incentivos
4. Cumplimiento de estándares y resultados es monitoreado, reportado y analizado periódicamente	Maneja y analiza base de datos nacional con indicadores de cumplimiento de la Norma y estándares	Analiza y reporta base de datos provincial con indicadores de cumplimiento de la Norma y estándares	Area: Analiza y reporta base de datos del Area de Salud	Monitorea, analiza y reporta cumplimiento de estándares
5. Acciones de apoyo se programan y ejecutan en base al análisis de indicadores de cumplimiento y resultados	Programa y ejecuta acciones de apoyo (visitas, llamadas, emails, memos) a Direcciones Provinciales u hospitales generales	Programa y ejecuta acciones de apoyo (visitas, llamadas, emails, memos) a hospitales generales o cantorales	Programa y ejecuta reuniones de apoyo con equipos técnicos de servicios	Programa y ejecuta ciclos rápidos de mejora de procesos deficientes para lograr cumplimiento y resultados
6. Mejores prácticas y procesos mejorados se identifican y su aplicación se expande a mayor escala en el sistema nacional salud	Programa y ejecuta acciones de expansión de intervenciones exitosas	Programa y ejecuta acciones de expansión de intervenciones exitosas	Promueve activamente la expansión de intervenciones exitosas	Aplican intervenciones exitosas a mayor escala

El Ministerio de Salud expande el enfoque de Mejora Continua de la Calidad (MCC) aplicado al cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE), a todas las provincias del País

Con estos antecedentes, el MSP ha decidido aprovechar las lecciones aprendidas en las once provincias iniciales que desarrollaron el proceso de MCC aplicado a los CONE, y expandirlo a todas las provincias y unidades operativas del País que atienden embarazadas y partos, convirtiendo la mejora continua de la calidad y la gestión del cumplimiento de la Norma, en una política de alcance nacional.

Para este propósito, el MSP pone a disposición de las unidades de salud y equipos de MCC el presente documento, que está dirigido a los profesionales y equipos de MCC que van a poner en práctica el enfoque de MCC y mejorar la atención CONE. En él se describen las principales lecciones aprendidas por los equipos que aplicaron el enfoque de MCC en las once provincias iniciales en los años anteriores, los obstáculos operativos que encontraron para mejorar la atención, las intervenciones más exitosas que pusieron en práctica, así como las herramientas que desarrollaron. Todas estas herramientas están disponibles en el MSP para las nuevas provincias y unidades de salud que van a poner en práctica la mejora continua de la calidad de los CONE. Así mismo, está disponible el apoyo técnico de un grupo de profesionales quienes ganaron experiencia en la aplicación de este proceso en las provincias iniciales, y que pueden apoyar a las nuevas provincias que quisieran recibir la asesoría directa de uno de ellos.

El presente documento describe a continuación lo que son los CONE y la importancia de aplicar en ellos el enfoque de mejora continua de la calidad. Enseguida se presenta una descripción de las lecciones aprendidas por los EMCC en cada uno de los procesos CONE: atención prenatal, atención del parto, atención inmediata del recién nacido, atención del post-parto inmediato, y atención de las complicaciones obstétricas más frecuentes (pre-eclampsia, hemorragia e infección obstétrica). En cada uno de estos procesos se describe cuáles son las prácticas basadas en la evidencia y su importancia, cuáles fueron las principales deficiencias que encontraron los equipos de MCC en sus unidades, cuáles fueron las intervenciones más efectivas que pusieron en práctica y los resultados logrados. Se parte de la hipótesis de que las deficiencias encontradas por los equipos en este trabajo Colaborativo no serán muy diferentes de las que encuentran los equipos en las nuevas unidades de salud en la fase de expansión, por lo cual éstos podrán aplicar las lecciones aprendidas y lograr mejoras en la atención de una manera más rápida y eficiente.

La estrategia CONE para reducir la mortalidad materna, y el mejoramiento de la calidad de atención (MCC)

Los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) son un conjunto de atenciones a las cuales deben tener acceso todas las mujeres embarazadas, puérperas y los recién nacidos, y que son fundamentales para salvar las vidas de madres y recién nacidos. La estrategia CONE consiste en asegurar que todas las madres y recién nacidos tengan acceso, las 24 horas del día, 365 días al año, a los cuidados obstétricos esenciales de calidad. Los CONE llegan a las madres y recién nacidos a través de los servicios que ofrece una red de CONE, la misma que tiene una referencia geo-poblacional, que en el caso del Ecuador podría asimilarse al espacio de una provincia de mediano tamaño (aproximadamente 500,000 habitantes).

La estrategia CONE está basada en la premisa de que una proporción de mujeres embarazadas, parturientas y recién nacidos desarrollarán complicaciones obstétricas y neonatales que en su mayoría no pueden ser prevenidas y por lo tanto necesitan cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE) rápidos y de calidad para salvar sus vidas y prevenir morbilidad a largo plazo. Un número de niños nacerá con problemas relacionados con asfixia, bajo peso, prematurez y otros que habiendo nacido sanos, en los primeros 28 días de vida desarrollarán procesos infecciosos o metabólicos que ponen en riesgo su vida y a los que habrá que brindarles cuidados neonatales esenciales en base a la mejor evidencia científica.

La calidad de los CONE, y por ende su impacto en la salud y la sobrevivencia de las madres y los recién nacidos, depende de que los servicios ofrecidos incorporen prácticas basadas en la evidencia científica y la norma nacional, y de que exista un mecanismo operativo de monitoreo y mejora continua de la implementación de dichas prácticas. Por lo tanto, para que la atención CONE sea efectiva, es necesario que el personal implemente correctamente la Norma nacional y las prácticas basadas en la evidencia, que exista un mecanismo de monitoreo de indicadores de dicho cumplimiento y mejora continua de la atención, y que el personal esté adecuadamente capacitado en la ejecución de dichas prácticas, para lo cual es indispensable que exista un mecanismo de capacitación clínica continua. El siguiente gráfico describe las atenciones que son prestadas en las Unidades de la Red CONE. Es indispensable que exista un sistema de referencia y contrarreferencia funcionando entre estos niveles.

Hay tres niveles de atención de CONE:

1. **Un primer nivel CONE ambulatorio** basado en la comunidad, sus agentes tradicionales calificados, el EBAS del puesto o sub-centro de salud, que ejecutan actividades de promoción, prevención, detección del riesgo y referencia oportuna, de acuerdo a normas y protocolos establecidos.

Que se dirige a brindar cuidados obstétricos y neonatales **antes de que aparezca una complicación**. Muchos de estos cuidados a la madre y al recién nacido pueden disminuir la probabilidad de una complicación, o si ésta ya se ha producido, ayudarán a detectarla en fase temprana y referir a la madre o recién nacido a un nivel de atención superior.

2. **Un segundo nivel CONE básico**, de cuidados básicos en los hospitales cantonales. Que asegura los primeros cuidados fundamentales e inmediatos **cuando la complicación ya se ha presentado**. Estas son las acciones más inmediatas que se pueden ofrecer a la madre y al recién nacido en cualquier unidad, y que por lo general van acompañadas de una referencia, una vez que se haya logrado estabilizarlos, a una Unidad de mayor complejidad.

3. **Un tercer nivel de CONE completos** en los hospitales provinciales. Que asegura cuidados obstétricos y neonatales más comprensivos, **cuando la complicación se ha presentado y la madre o el recién nacido hayan sido referidos** a una Unidad de mayor complejidad.

En nuestro País, por lo general los dos primeros niveles de CONE son brindados en las Unidades ambulatorias (EBAS, Puestos y Sub-centros de Salud) o en Hospitales Cantonales, mientras que el tercer nivel de CONE es brindado en hospitales generales de capital provincial.

Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial, CONE

CONE en evento obstétrico y neonatal no complicado (Prevención y detección de la complicación)

- Atención Prenatal: detección y manejo inicial de embarazos con patologías, preparación para el parto, hierro oral y ácido fólico, toxoidetético, nutrición, ITSs.
- Atención del parto y post-parto inmediato: monitorear la labor con partograma, manejo activo 3a etapa parto, RPM, manejo del pretérmino.
- Atención neonatal inmediata básica: manejo térmico, lactancia inmediata, exclusiva y apego precoz, cuidado del cordón umbilical, desinfección ocular, vacunación. Reanimación de ser necesaria.

CONE en manejo de las complicaciones y emergencias obstétricas y neonatales

CONE Básico:

- Tratamiento médico inicial de las complicaciones obstétricas y neonatales: anticonvulsivantes, oxitócicos, antibióticos. Reanimación neonatal. Referencia inmediata.
- Procedimientos manuales: remoción de placenta, reparo de desgarros.
- Parto vaginal asistido.
- Remoción de productos retenidos (cuidados post-aborto)

CONE Completo (lo anterior, más):

- Cesárea
- Anestesia
- Sangre o hemoderivados
- Manejo de complicaciones neonatales, incluyendo sepsis, trastornos respiratorios-asfixia, atención del RN de bajo peso

Lecciones generales aprendidas por los Equipos de MCC en la mejora de la atención

La más importante lección aprendida por los equipos de MCC fue cuán ventajoso es poner en práctica un sistema a través del cual las Unidades de salud miden el cumplimiento de estándares basados en la evidencia, analizan y mejoran continuamente el cumplimiento de los estándares y las normas. Los equipos aprendieron que si el Ministerio de Salud y las unidades de atención no ponen en práctica tal sistema, la Norma Nacional y sus protocolos corren el riesgo de no ser aplicados por más bien elaborados que estén, y puede que no pasen de estar escritas en el papel. La calidad de la atención de salud no pasa de ser un concepto abstracto, y en el mejor caso en un acto individual sujeto a la voluntad de cada profesional individualmente. Sin un sistema de MCC, las Unidades de Salud no pueden valorar de manera objetiva la calidad de la atención que brindan, por lo cual operan a ciegas para cualquier acción de mejoramiento.

Dicho proceso de monitoreo, análisis y mejoramiento del cumplimiento de la Norma y Estándares Nacionales basados en la evidencia en la atención materna y neonatal no existía de manera sistemática en las Unidades del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. El haberlo incorporado para mejorar la atención CONE, desarrollando sus instrumentos y herramientas y capacitando al personal a los diferentes niveles, es la más importante intervención o cambio realizado por este Colaborativo de Mejoramiento.

A lo largo del Colaborativo de mejora del CONE, más de trescientos profesionales fueron capacitados en métodos y herramientas de MCC y se formaron alrededor de ochenta equipos de MCC en similar número de Unidades de Salud. Estos equipos de MCC fueron la célula básica del proceso de Mejora Continua, ya que mensualmente realizan la medición del cumplimiento de estándares a través de la auditoría de historias clínicas y de encuestas de satisfacción de usuarias, analizan y discuten las causas subyacentes en los problemas que afectan la calidad, y ponen en práctica ideas de cambio para mejorar de manera continua la calidad de la atención.



Los indicadores de cumplimiento de estándares son reportados hacia la Dirección Provincial de Salud, lo cual permite analizar cuáles Áreas y Unidades están más débiles y requieren mayor supervisión y apoyo. A su vez, el nivel central del MSP recibe los indicadores provinciales, los agrega en indicadores nacionales y analiza las necesidades de apoyo de las provincias más débiles.

El funcionamiento efectivo de este sistema de MCC fue en sí mismo un factor muy importante para mejorar el cumplimiento de las normas y estándares. En otros casos, los equipos de MCC modificaron la organización de los procesos de atención, ya sea por ejemplo introduciendo nuevos elementos al proceso -como en el caso del uso de tiras reactivas para la determinación de la proteinuria en sospecha de preeclampsia, o asignando responsabilidades específicas a pasos del proceso -como en el caso del Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto-, o introduciendo nuevos insumos, como por ejemplo relojes de pared con segundero o tensiómetros nuevos en donde fue necesario.

El modelo de capacitación clínica basado en el Centro de Capacitación CONE en el hospital general provincial fue otro elemento importante para elevar la calidad de la atención. Varias Direcciones Provinciales de Salud con sus hospitales generales (Tungurahua, Chimborazo, Manabí, Bolívar) organizaron estos Centros de Capacitación CONE, en los cuales se aprovechó la capacidad docente de los especialistas ginecólogos, pediatras, neonatólogos, emergenciólogos del hospital general, quienes se capacitaron como capacitadores y actualizaron en conocimientos y habilidades prácticas en CONE al personal profesional que atiende partos en su provincia, así como al personal de reciente ingreso. En algunas provincias

se capacitó también a los grupos de Internos Rotativos. La capacitación fue orientada a las competencias claves para brindar CONE de alta calidad, y estuvo basada en Módulos de Capacitación CONE¹, los cuales fueron mejorados en base a la experiencia lograda en estas provincias iniciales. Un elemento importante para desarrollar habilidades CONE en los Centros de Capacitación provinciales fue el uso de maniqués para prácticas manuales, así como de estudios de caso en los cuales se reprodujeron situaciones frecuentes que el personal debe enfrentar y que son críticas a la hora de salvar la vida de una madre o un recién nacido.

Finalmente, también fueron elementos importantes aquellos introducidos por los EMCC con fines de motivación y estímulo a la calidad, como por ejemplo los memorandos de felicitación a los mejores equipos MCC, la sana competencia entre unidades de salud y provincias respecto a indicadores de calidad en los talleres, y la promoción de prácticas basadas en la evidencia por profesionales de alto prestigio local.

De esta manera el método de Mejora Continua de la Calidad ha ido creando paulatinamente una cultura de la calidad en la prestación del servicio, cuyos principios fundamentales son: a) la fuente de legitimidad para definir cómo debe ser la práctica médica radica en la medicina basada en la evidencia científica, mas no en las opiniones o en las experiencias personales de los profesionales; b) la calidad debe ser medida periódicamente a través de

1 Ministerio de Salud Pública del Ecuador MSP. QAP/USAID. Curso de Capacitación Clínica en Cuidado Obstétrico Esencial (COE)/Complicaciones Obstétricas y Neonatales. Guía del Capacitador/Guía del Profesional. Quito 2008

la comparación entre la calidad definida por la evidencia, y la práctica real de los profesionales del servicio de salud; c) la calidad de atención es un derecho fundamental de las ciudadanas ecuatorianas; d) la medición y mejora de la calidad de la atención es una tarea en la que todo el equipo de salud debe estar involucrado; e) la unidad de salud y personal y directivos deben rendir cuentas sobre la calidad de atención al Estado y a la Ciudadanía, de manera periódica.

Los equipos de MCC enfrentaron diversos obstáculos a los cambios que introdujeron para mejorar la atención. Probablemente el obstáculo mayor fue la resistencia al método de MCC y a los cambios específicos a los procesos de atención. La aplicación del método de MCC en sí mismo produjo resistencias, las cuales se manifestaron más fuertes en el estrato del personal médico de mayor edad y mayormente vinculado a la práctica médica privada. Es posible que en este estrato profesional esté más arraigado el paradigma de la “inviolabilidad” de la práctica médica de cada profesional como un espacio reservado únicamente para sí mismo, que no está abierto al escrutinio de ninguna otra persona, mucho menos de profesionales de la salud que no son médicos, como enfermeras o parteras profesionales. Además, en estos estratos hubo más resistencia a la idea de que la práctica médica debe estar regida por la evidencia científica y no por la experiencia o punto de vista personal de un médico, por más lauros académicos que tenga.

Para enfrentar estas resistencias, los equipos de MCC aprendieron a no focalizar en los estratos “resistentes” oponiéndose a ellos, sino a trabajar de preferencia con los médicos más abiertos a la idea de mejora y cambio, que

resultaron ser, entre otros, los médicos residentes y los tratantes más jóvenes, además de las profesionales enfermeras y las obstétricas profesionales. La estrategia de anclar el esfuerzo de MCC en la medicina basada en la evidencia, y remitirse a dicha evidencia a través de publicaciones específicas fue exitosa para que el MCC no se perciba como un enfoque de un grupo específico ni tampoco se asocie a ningún individuo o agencia. Así mismo, los equipos de MCC siempre recalcaron que la medición de la calidad a través de indicadores no es el reflejo del desempeño de ningún profesional individual, sino del desempeño del equipo responsable del proceso de atención que se trate. Otras estrategias exitosas usadas por los equipos MCC para vencer resistencias al MCC fueron el apoyarse en las autoridades del MSP ya sea a nivel provincial o central, y en algunos casos también en organizaciones de usuarios.

En algunas ocasiones la carencia de personal clave en ciertos servicios o la ausencia de equipos o insumos críticos fueron también obstáculos importantes para la mejora del cumplimiento de la norma y estándares. Los equipos de MCC lograron resolver algunas de estas situaciones a través de hacer un mejor uso de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, y en otras actuando como elementos de presión hacia las autoridades locales, provinciales o nacionales.



Atención Prenatal

Lecciones aprendidas por los equipos de MCC

Cada año, en Ecuador, aproximadamente unas 300.000 mujeres se embarazan, pero no todas ellas recibirán una atención de calidad como les corresponde de acuerdo a sus derechos ciudadanos. Por ejemplo, en el período 1999 – 2004 apenas un 57,5 % de mujeres cumplieron con la norma del MSP de realizarse al menos cinco controles prenatales¹. El cuidado al desarrollo del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye el riesgo de muerte tanto materna como perinatal y propicia una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos en los periodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita.

Un control prenatal óptimo, según las normas de MSP del Ecuador, comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetrix) durante el embarazo de bajo riesgo. El primer control debería ser dentro de las primeras veinte semanas y los otros cuatro subsecuentes repartidos de la siguiente manera: uno entre las 22 y 27 semanas; uno entre las 28 y 33 semanas; uno entre las 34 y 37 semanas y uno entre las 38 y 40 semanas. No obstante, el solo cumplimiento de esta norma no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, el servicio de salud provea un conjunto

de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido.²

De acuerdo al Manual de Estándares de Calidad del MSP³, para que los controles prenatales contribuyan verdaderamente a cumplir estos objetivos, en toda mujer embarazada se aplicará y registrará en su historia clínica las siguientes actividades: antecedentes personales y obstétricos; medición de talla; examen de mamas; semanas de amenorrea; medición del peso; determinación de la tensión arterial; medición de la altura uterina; auscultación de los latidos cardiacos fetales (FCF); movimientos fetales; edema; sangrado genital; actitud fetal (presentación, posición y situación) aplicable desde las 32 semanas de gestación; evaluación del estado nutricional; registro de vacunación antitetánica; prescripción de hierro; prescripción de ácido fólico (hasta las 12 semanas de gestación); orden médica o registro de los resultados de exámenes prenatales

1 Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social CEPAR. Encuesta Demográfica de Salud materna e Infantil ENDEMAIN -2004. Ecuador 2005

2 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Normatización. Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud, HCl. Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) de la Atención Materno Neonatal. Componente Obstétrico de la Norma Materno Neonatal (Borrador). Quito, Junio 2008

3 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Normatización. Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para la Calidad de la Atención Materno Infantil. 2006

y orden médica para examen odontológico o examen odontológico realizado.

Deficiencias del proceso de Atención Prenatal, encontradas por los equipos de MCC:

1. Toma incorrecta de Signos Vitales

En las Unidades Operativas que hacen primer nivel de atención con frecuencia no se realizaba de manera correcta la toma de signos vitales, generando errores que influyen directamente en el diagnóstico y por ende en el manejo de las embarazadas. Con frecuencia la presión arterial no era correctamente registrada, lo cual afecta particularmente para el diagnóstico de sospecha de preeclampsia, causa principal de muerte materna en el Ecuador. No era raro que la presión arterial registrada en preconsulta resultase muy diferente de la tomada minutos después durante la consulta médica.

En muchas ocasiones se pudo comprobar que los pocos tensiómetros existentes estaban deteriorados. Al haber pocos tensiómetros que son usados por todo el personal en cada momento, éstos a menudo no tienen el suficiente cuidado en su utilización y mantenimiento, lo cual resulta en un permanente deterioro de los equipos.

Otra causa frecuente es el hecho de que quienes toman la presión arterial son estudiantes quienes carecen de suficiente práctica, y no reciben la supervisión necesaria. En otros casos, el personal que hace esta toma es de edad avanzada, y quizás por tener algún grado de deficiencia visual y auditiva, no realizan adecuadamente la toma de los signos vitales. Muchos equipos de MCC encontraron que a veces el personal no dispone de relojes, y al no haber tampoco relojes de pared, se dificulta la toma de la frecuencia cardíaca y respiratoria.

El mal estado de las básculas hace que la toma del peso de las pacientes, no sea preciso. Además los equipos frecuentemente comprobaron que las básculas no eran calibradas de manera regular, o muy rara vez.

2. No se prescribía hierro/ácido fólico

Los equipos de MCC encontraron que con frecuencia no se cumplía con la prescripción de hierro y ácido fólico. Muchas veces esta deficiencia fue atribuida a la falta de las tabletas en la Unidades Operativas, y en otras, a que el personal no sabe sobre la utilidad de la administración de ácido fólico con respecto a la prevención de malformaciones en el feto. A pesar de que estos medicamentos son financiados por el presupuesto de Maternidad Gratuita y en otras ocasiones es donado por organizaciones internacionales y entregado directamente a las Direcciones Provinciales, las deficiencias en el trámite administrativo inciden en el desabastecimiento en las bodegas y farmacias de las Unidades Operativas.

3. Los médicos no examinaban las mamas de las pacientes

La mayoría de los profesionales no hacen este examen en el primer control, principalmente a causa del pudor de la paciente. Las pacientes generalmente exigen que la persona que les hace el control de sus mamas sea de sexo femenino, lo cual no siempre es posible, y de esta manera se produce una oportunidad perdida y un déficit en la calidad de atención brindada. A veces las pacientes no regresan si no hasta el momento del parto, sin que se hayan podido detectar a tiempo problemas de pezones o nódulos existentes.

4. Llenado deficiente de la historia clínica perinatal

El personal no cumple con todos los parámetros que se exigen en el llenado de la hoja. Los que con más frecuencia se omiten son los casilleros de embarazo actual, examen de mamas, examen odontológico, citología vaginal, exámenes de laboratorio. En ocasiones no existen suficientes formularios de atención perinatal, pese a que su impresión está financiada por la Ley de Maternidad Gratuita, por lo que llenan los datos de las pacientes en hojas en blanco, dificultando que se realicen todos los pasos de una atención de calidad, así como la posterior evaluación de la atención brindada.

5. Deficiente solicitud de exámenes de Laboratorio

Las Normas de Atención del M.S.P. contemplan un paquete mínimo de exámenes de Laboratorio, que debe ser practicado a todas las pacientes que acuden a su primer control prenatal en cualquier Unidad de Salud del MSP: grupo sanguíneo, factor Rh, pruebas de sensibilización, VDRL, glucosa, hemoglobina, hematocrito, prueba de tamizaje de VIH/Sida (previo consentimiento de la mujer embarazada). En el primer control debe constar la indicación de éstos y en el siguiente control deberán anotarse los resultados obtenidos en cada uno de ellos.

Los equipos de MCC encontraron que con frecuencia, a pesar de tratarse de Unidades Operativas que cuentan con un laboratorio clínico, los prestadores del servicio, quizás por desconocer la importancia de este paquete de exámenes de Laboratorio no los ordenan, perdiéndose en esa visita la oportunidad de realizarlos.

7. No se formula la orden para exámenes odontológicos

Con frecuencia no se realiza la indicación de control odontológico luego de realizada la consulta médica. El examen odontológico, de acuerdo a la Norma del MSP, debe ser realizado desde la primera consulta, independientemente de la edad gestacional.

8. Inconsistencia en evaluación de estado nutricional en hoja SISVAN

Hay resistencia por parte de los médicos a realizar la evaluación del estado nutricional de la embarazada utilizando la curva de Rosso y Mardones, cuyo formulario es parte de la historia clínica del MSP. Es posible que en algunos profesionales se deba a desconocimiento de cómo llenar dicha curva. En todo caso, esta deficiencia afecta la posibilidad del control de incremento de peso durante el embarazo, un elemento principal para la evaluación del proceso de gestación.

En otros casos solamente se llena el formulario pero no se realiza una evaluación de la curva, como instrumento para valorar el estado nutricional de las usuarias embarazadas, perdiéndose así la oportunidad de aconsejar a las pacientes sobre su estado nutricional y la conducta que deberían seguir.

Mejoras/innovaciones implementadas por los EMCC:

1. Se distribuyó un CD-ROM para auto-capacitación en toma de signos vitales, peso y talla:

En algunas Áreas de Salud se usó un CD-Rom para auto-capacitación⁴ o en reuniones de estudio conjuntas para el personal que realiza la toma de signos vitales en las Unidades Operativas, en las que se proyectó el video correspondiente a la toma de signos vitales, con la participación de un facilitador, quien fue aclarando las dudas, haciendo hincapié en la importancia de la correcta obtención de los signos vitales para un diagnóstico y tratamiento adecuados.

2. Dotación de insumos esenciales:

Se compraron tensiómetros digitales en algunas Unidades. Se repuso tensiómetros que se encontraban viejos o deteriorados. En los Servicios de Emergencia de algunas unidades Operativas se compraron relojes de pared grandes para las áreas de toma de signos vitales.

4 Proyecto 2000/USAID; Ministerio de Salud del Perú. Tecnologías Perinatales, CD-ROM. Disponible en la Dirección Nacional de Normatización, MSP, o en el Proyecto HCl (ex QAP) en Quito.



3. Se estableció un programa de capacitación clínica en habilidades COE:

En varias provincias (Tungurahua, Orellana, Chimborazo, Bolívar, Manabí), se instituyó un programa de capacitación en Cuidado Obstétrico Esencial (COE) en el que participan profesionales médicos, enfermeras y obstetras que atienden partos, tanto del hospital provincial como de las Áreas de salud.

En este programa se les capacita sobre habilidades y destrezas, en algunas provincias varios especialistas del hospital general actúan como docentes en la capacitación COE, lo cual facilita que la capacitación del personal sea permanente y ha permitido que todos los proveedores de servicios se sientan parte del Equipo de Mejoramiento de la Calidad⁵.

4. Se diseñó un afiche con los pasos de la atención prenatal (algoritmo), incluyendo fotos ilustrativas:

En varias Unidades Operativas se han diseñado estas ayudas visuales que han sido colocados en las salas de examen, cercanas a los escritorios y mesas de atención de pacientes, para recordar los pasos a seguir en una atención prenatal de calidad. Es motivador para el personal ver en los afiches las fotos de sus compañeros o las propias de ellos trabajando para brindar una mejor atención. Estos materiales fueron diseñados frecuentemente en conjunto con los integrantes de los equipos de mejoramiento, lo que hace que el material obtenido se lo sienta más propio y sea de mejor aceptación.

5. Se diseñó una tarjeta-guía con los pasos de la atención prenatal:

Esta es una tarjeta plastificada de tamaño reducido, que la pueden llevar los profesionales en el bolsillo de su mandil. En ella constan en forma detallada los pasos a seguir para la realización del control prenatal según las Normas de Atención del MSP, de este modo pueden tenerla a mano para el momento de la atención para recordarlos y repasarlos.

6. Se instituyó de manera periódica (en promedio cada mes) el proceso de auto auditoría de Historias Clínicas para verificación de cumplimiento del estándar:

Se insistió en la participación en la discusión detallada con los médicos que examinan a las pacientes. En las discusiones se profundizó en las causas para que los médicos o enfermeras no cumplieran con los pasos del estándar. En algunos casos se discutía con profesionales que tenían especiales dificultades o resistencias. Es deseable que cada uno de los profesionales proveedores de los Servicios tengan la oportunidad de evaluar su atención a las pacientes, involucrándose en la medición del cumplimiento de estándares, para que puedan constatar los parámetros en los que se equivocaron, que realizaron inadecuadamente, o que no hicieron. Esto no es posible realizarlo con

5 Ministerio de Salud Pública del Ecuador, MSP. Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud, HCI-USAID (ex-QAP). Curso de Capacitación Clínica en CONE. Módulos y Guía del Proveedor del Servicio. Quito, 2007. Disponible en la Dirección Nacional de Normatización, MSP, o en el Proyecto HCI (ex QAP) en Quito.

todos los profesionales, por lo que el Equipo de MCC que revisa las historias toma nota del nombre y del error cometido, y luego en una reunión ampliada se notifica con la Historia Clínica a cada uno de los profesionales, para que así ellos puedan discutir o reconocer su error y así poder enmendarlo en las próximas atenciones prenatales.

7. Se logró que el Hospital asigne la tarea de medición del cumplimiento del estándar como parte de las horas pagadas al personal del EMCC:

La medición del cumplimiento de estándares a través de la revisión de historias clínicas demanda del personal que lo realiza un tiempo adicional a sus labores habituales. En varias unidades operativas, se solicitó al Director que esta actividad se contemple dentro de las horas laborables, lo cual fue aceptado. En algunos casos, esto llevó a disminuir por ejemplo el número de consultas diarias de algunos médicos.

En otras unidades la medición se realiza semanalmente (por ejemplo una hora todos los viernes), lo cual no interfiere con la atención de pacientes.

Otra modalidad es que la Enfermera realiza la medición del cumplimiento de los estándares de control prenatal revisando la historia clínica de la paciente inmediatamente después de que es atendida y antes de entregar la historia a Estadística, lo cual facilita la medición y aho-

rra tiempo, además de que se pueden realizar algunas correcciones con el personal en ese mismo momento.

8. Se incluyó personal del laboratorio y de Estadística en el EMCC:

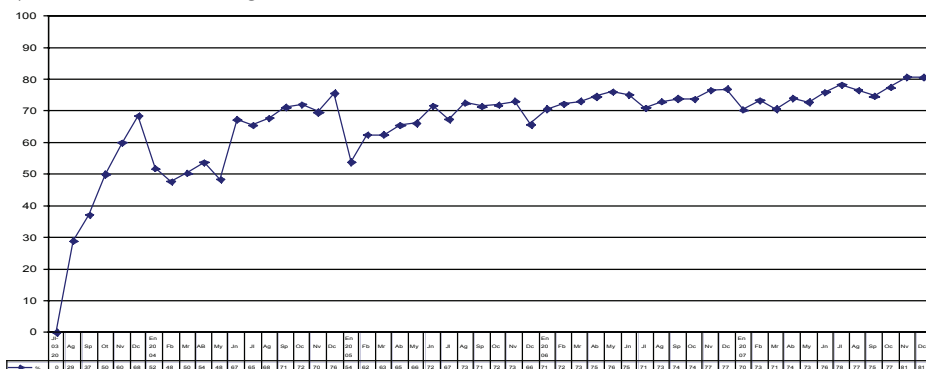
En muchas unidades operativas los servicios de Laboratorio y de Estadística delegaron una persona para que sea parte del equipo de mejoramiento y asista en forma permanente a las mediciones de los estándares y a las reuniones.

Esto permitió la adecuada coordinación con estos servicios de las mejoras planteadas por los EMCC. A través del delegado de Laboratorio al MCC su personal ha comprendido la importancia de tomar las muestras a estas mujeres, no rechazarlas y reportar con oportunidad los resultados. En cuanto a Estadística, se requiere que este Servicio mensualmente facilite una muestra de historias clínicas para su evaluación, esta tarea se dificulta cuando no hay un responsable de estadística que sea parte del equipo.

Resultados alcanzados

Los equipos de MCC lograron mejorar la calidad de la atención prenatal significativamente, desde grados muy bajos de cumplimiento de los estándares hasta niveles altos por arriba del 80%. Además, estos niveles se han sostenido durante más de un año, lo cual probablemente significa que su aplicación se ha institucionalizado en las unidades participantes.

Ecuador: Embarazadas en cuyo control prenatal (en cualquier semana de gestación) que recibieron atención según la norma, en Unidades de Salud del País. Julio 2003 a Diciembre 2007



A partir de septiembre del 2006 los estándares fueron medidos bajo las nuevas condiciones indicadas en el Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para la calidad de la atención materna infantil.



Atención del Parto

Lecciones aprendidas por los equipos de MCC

El parto es un momento de trascendental importancia para la mujer y el bebé, que se relaciona con su supervivencia inmediata y con la posibilidad de mejorar la salud y nutrición a largo plazo⁶, pero al mismo tiempo, con el riesgo de morbilidad y mortalidad para ambos. En Ecuador, para el 2006, un 29% del total de defunciones maternas y un 16 % de muertes infantiles estuvieron relacionadas con el parto⁷. Por este motivo, la atención calificada del parto que incluye el cumplimiento de normas y protocolos establecidos se hace indispensable y obligatoria, ya que la tasa de mortalidad materna no ha bajado de 73 x 100.000 n.v según el INEC en el 2006 y de 107 x 100.000 n.v según ENDEMAIN período 1999 – 2004.

Entre 1999 a 2004 un 74,2 % de los partos en el país fueron atendidos por un profesional (médico u obstetrix) y un 8,8 % en el domicilio por una partera capacitada⁸. Sin embargo, la sola atención institucional o profesional del parto no garantiza la posibilidad de sobre-vida o ausencia de complicaciones graves. Según datos no oficiales recolectados de los sistemas provinciales de vigilancia de la mortalidad ma-

terna del MSP en el 2006, el 81% de muertes maternas ocurrieron en el hospital. Esta cifra podría reflejar deficiencias de la calidad de atención, como también el hecho de que muchas mujeres llegan en malas condiciones a los servicios de salud ya sea por dificultades de acceso geográfico, desconfianza en los servicios, relaciones de género intrafamiliares o diferentes concepciones culturales de la atención del parto.

La aplicación de estándares básicos de calidad en la atención del parto contribuye a uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU: “Reducir, hasta el 2015, la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes”. Mas aún, cuando ya sabemos que la ejecución de ciertas prácticas basadas en la evidencia científica y la anulación de otras tantas no recomendables garantizan un parto seguro. El Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno del Ecuador define en su Objetivo 3: “Aumentar la esperanza y la calidad de vida de la población”, para lo que establece, en una de sus Metas principales, “Reducir en 30 % la mortalidad materna”, hasta el año 2010⁹.

Existe consenso internacional, a través de la medicina basada en la evidencia, de que una adecuada atención del parto implica:

6 Camila Chaparro Chessa Lutter / A Virginia Camacho Hubner. Prácticas esenciales del parto para la salud y la nutrición de la madre y el recién nacido. 2007- 11-01. www.paho.org/Spanish

7 Ministerio de Salud Pública. Indicadores Básicos de Salud Ecuador 2007

8 Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social CEPAR. Encuesta Demográfica de Salud materna e Infantil ENDEMAIN -2004. Ecuador 2005

9 Presidencia de la República del Ecuador. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo SENPLADES. Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2010. Ecuador 2007

Uso del Partograma para monitoreo de la labor de parto y toma de decisiones oportunas según las desviaciones de su curva.

El partograma es un importante instrumento de seguimiento a la evolución del trabajo de parto a través de un registro gráfico, tomando en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo. Tiene las siguientes ventajas: 1) Disminuye la morbilidad y mortalidad materno-perinatal, pues constituye un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren una actuación médica inmediata o la remisión a centros especializados, 2) Garantiza un seguimiento con alta calidad, 3) Evita la prolongación del trabajo de parto y las consecuencias que de ello se derivan, 4) Es capaz de explicar en parte las bajas proporciones de cesárea en algunos hospitales y la reducción del “intervencionismo” obstétrico, 5) En el seguimiento del trabajo de parto con cicatriz uterina predice precozmente la rotura uterina, 6) Facilita archivar y computar los datos, 7) Constituye un método de lenguaje universal, 8) Es económico y asequible. Además, está relacionado con la disminución de: a) El uso de oxitocina, b) El trabajo de parto prolongado, c) El índice de sepsis posparto, d) El empleo de fórceps, e) La ejecución de cesárea por sospecha DCP¹⁰.

Manejo Activo de la tercera etapa del parto MATEP:

Esta práctica basada en la evidencia incluye la administración de medicamentos uterotónicos después del parto (se recomienda 10 UI de Oxitocina por vía intramuscular); liberación de la placenta con tracción controlada y contra-

tracción uterina por encima del hueso pubiano y masaje uterino inmediatamente después de la salida de la placenta y cada 15 minutos en las siguientes 2 horas. Está demostrado que el MATEP disminuye sustancialmente la incidencia de hemorragia puerperal por atonía uterina, en 60%¹¹

Pinzamiento del cordón en tiempo óptimo.

Se considera que se lo debe pinzar y cortar aproximadamente unos 3 minutos después del nacimiento, cuando el cordón deja de latir (excepto en los casos de asfixia neonatal, cuando el pinzamiento temprano podría ser necesario para aplicar medidas de reanimación). Pinzar el cordón umbilical de inmediato (dentro de los 10 a 15 segundos del parto), impide al recién nacido recibir el volumen sanguíneo y las reservas de hierro suficientes, aumentando la incidencia de carencia de hierro y la anemia durante la primera mitad de la lactancia, lo cual supone un riesgo aún más alto para los lactantes con peso bajo al nacer los nacidos de mujeres con carencia de hierro.

Garantizar prácticas higiénicas y beneficiosas en la atención.

Gran parte de las defunciones neonatales están relacionadas directamente con causas infecciosas que pueden ser eficazmente prevenidas a través de intervenciones sencillas de cuidado e higiene durante el parto. Los principios de limpieza son esenciales tanto en los partos realizados en el hogar, como también en los realizados en centros de salud: manos limpias; perineo limpio; no introducir nada suco vaginalmente; superficie limpia para el parto; limpieza en el pinzado y corte del cordón

10 Nápoles Méndez D, Bajuelo Páez AE, Téllez Córdova M del C, Couto Núñez D. El partograma y las desviaciones del trabajo de parto [artículo en línea]. MEDISAN 2004;8(4). http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san07404.htm

11 Camila Chaparro Chessa Lutter / A Virginia Camacho Hubner. Prácticas esenciales del parto para la salud y la nutrición de la madre y el recién nacido. 2007- 11-01 www.paho.org/Spanish

umbilical; limpieza en el cuidado del cordón umbilical¹².

Tratamiento inicial y referencia clínica en caso de complicaciones

Toda parturienta o recién nacido que tenga complicaciones como consecuencia del parto debe ser atendida/o y/o referida de acuerdo a las normas y estándares establecidos del MSP (atención de las emergencias obstétricas de primer nivel), incluyendo resucitación del recién nacido si es necesario.¹³

Maduración fetal de los pulmones en amenaza de parto pretérmino.

El uso de un ciclo único de corticoides prenatales para acelerar la maduración pulmonar y de otros órganos fetales en mujeres con riesgo de un nacimiento pretérmino, reduce el riesgo de muerte neonatal, el Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR o enfermedad de membrana hialina), la hemorragia cerebro-ventricular, enterocolitis necrotizante, infecciones sistémicas, necesidad de apoyo respiratorio y la admisión a UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales)¹⁴

Aplicación de protocolo para Ruptura Prematura de Membranas (RPM).

Es necesario administrar antibióticos cuando se ha producido una ruptura prematura de las membranas para la prevención o el tratamiento temprano de la infección. El tratamiento con antibióticos después de la RPM se asocia con

reducción de la mortalidad neonatal, y en caso de que se trate de un parto pretérmino, puede ayudar a retardar el nacimiento. El antibiótico de elección es la Eritromicina.

Cesárea solamente bajo indicaciones precisas y bajo protocolo.

El aumento en los partos por cesárea en hospitales está asociado con un incremento en la morbilidad, tanto en las madres como en los recién nacidos. Por lo tanto, hay una urgente necesidad de brindar a las mujeres y a los proveedores de salud una información clara y científicamente respaldada sobre los posibles riesgos y beneficios asociados con este tipo de parto. Los resultados de un reciente estudio prospectivo multicéntrico confirman que en los casos de presentación cefálica del feto, este procedimiento quirúrgico está significativamente asociado con una mayor morbilidad y mortalidad de la madre, el feto y el recién nacido, independientemente del escenario médico y sociocultural en que se realice¹⁵.

Eliminación de prácticas rutinarias como episiotomía, rasura y aplicación de enema.

Muchas mujeres se benefician de la episiotomía, por lo que no se puede abolir por completo esta práctica, pero ésta debe ser usada en forma selectiva, con criterios claros y selectivos (inminencia de desgarro o compromiso de la vitalidad fetal) que están presentes en no más del 30 % de casos. La protección adecuada del periné durante la atención del parto, es un factor que contribuye a evitar los desgarros y una alternativa para aquellas mujeres sin indicaciones para una episiotomía. La episiorrafia genera una experiencia dolorosamás intensa y duradera que la presencia de desgarros leves

12 JHPIEGOCorporation. Reproductive Health Online (ReproLine). Atención del recién nacido normal . 2003. www.reproline.jhu.edu/

13 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Normatización. Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para la Calidad de la Atención Materno Infantil. 2006

14 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud. Programa de Atención Integral a la Niñez. Guía de Intervenciones Perinatales Basadas en Evidencias para la Reducción de a Mortalidad Perinatal. Ecuador, 2007.

15 Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *Br Med J.* 2007; 335:1025.

(I o II) o la no realización del procedimiento. La dispareunia (molestias durante la penetración vaginal), puede ser un efecto a largo plazo de la episiotomía y genera angustia a la mujer. La persona que atiende el parto debe estar calificada para definir la realización o no del procedimiento de acuerdo con el beneficio real que tendrá para la madre y el recién nacido¹⁶.

Los enemas se usan porque algunos profesionales suponen que estimulan las contracciones uterinas, supuestamente reducen la contaminación y riesgo de infección materna y del feto. Sin embargo, los enemas son muy incómodos para las mujeres y conllevan un cierto riesgo de dañar el intestino. Cuando se usa enemas la posibilidad de manchado con heces es la misma durante la fase de dilatación, pero se ve reducida en la segunda fase del parto. Sin enema, el manchado es escaso y más fácil de limpiar que el inducido por el enema. No se detectaron efectos favorables del enema en la duración del parto, ni en el índice de infecciones neonatales ni del periné¹⁷.

Algunos profesionales presumen que el rasurado del vello púbico reduce infecciones y facilita la sutura, pero no existe evidencia que corrobore esta suposición. La mujer experimenta molestias cuando el vello vuelve a crecer y el riesgo de infección no se reduce. El rasurado rutinario a todas las pacientes podría incluso aumentar el riesgo de infección por el virus del sida y de la hepatitis, ya sea a la mujer o a la matrona. En conclusión, los enemas y el rasu-

rado púbico se consideran innecesarios y no se deberían realizar.

Respeto a las prácticas culturales y a la cosmovisión de los pueblos y etnias usuarias de nuestros servicios:

Permitir el acompañamiento de un familiar, asegurar un trato interpersonal amable y respetuoso, permitir escoger la posición para el parto, asegurar temperatura ambiente agradable, facilitar el uso de ropa culturalmente aceptable, facilitar el uso de infusiones y alimentos culturalmente aceptables, y otras prácticas no perjudiciales para la madre y el recién nacido/a.

El MSP ha llevado a cabo recientemente varias experiencias de adaptación cultural de la atención obstétrica¹⁸. A través de todas ellas se comprueba que un gran número de usuarias desean que los servicios de atención obstétrica se modifiquen para que respondan a las concepciones y prácticas culturales de los pueblos y etnias que usan los servicios del MSP. Una razón importante por la cual muchas mujeres especialmente del área rural no utilizan los servicios del MSP es que no ven reflejados en ellos una práctica de respeto e incorporación de elementos de su cultura. La adaptación cultural de la atención obstétrica, a fin de hacerla más aceptable a las varias culturas de la población ecuatoriana, es por lo tanto una labor muy importante que deben hacer nuestras unidades de salud localmente.

16 María Elena Mejía/Víctor Hugo Quintero/María Clara Tovar. ¿La episiotomía debe ser un procedimiento de rutina? Colombia Médica año/vol. 35, número 002. Universidad del Valle Cali Colombia 2004 www.colombiamedica.univalle.edu.co/Vol35No2/cm35n2a4.htm

17 Nacer Latinoamericano: Medicina, materno, feto neonatal. Información de Latino América y El Caribe. Causas de Mortalidad Neonatal. www.nacerlatinoamericano.org/

18 González Guzmán, Daniel. 2007. Manual para la Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto (HACAP). Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Provincial de Salud de Tungurahua. Family Care International y el Proyecto de Garantía de Calidad, QAP/ USAID. Quito, Ecuador.

Deficiencias del proceso de atención del parto, encontradas por los equipos de MCC:

1. En la mayoría de los hospitales no se utilizaba el partograma para monitorear el progreso de la labor de parto.

En aquellos casos en que el partograma era utilizado (formulario de partograma que se encuentra en el reverso del Formulario 0.52), con frecuencia éste era llenado de manera mecánica, sin que se lo use como una herramienta para la toma de decisiones respecto al progreso de la labor de parto. Entre los factores asociados a esta deficiencia, los equipos de MCC encontraron que la mayoría de los profesionales que atienden partos no tenían conocimientos y habilidades sólidas para el manejo del partograma. Los médicos Residentes, y en especial los Internos Rotativos que son el personal que atiende los partos en los hospitales generales, vienen de las universidades, sin la preparación y entrenamiento suficientes para la aplicación correcta de esta práctica basada en la evidencia. Esta deficiencia era agravada por la frecuente rotación (cada 3 meses) de residentes e internos en los servicios de gineco-obstetricia en los hospitales, lo cual planteaba un desafío para la capacitación en el uso del partograma.

Por otra parte, en ocasiones no hay formularios para usar el partograma en algunos hospitales. Por falta de coordinación entre el personal médico y el administrativo, los formularios correspondientes a partograma no se imprimen en cantidad suficiente o a su vez no se repone a tiempo que el stock mínimo, quedando en ocasiones los servicios sin este material por algunos días.



2. Resistencia al uso del partograma por parte de los médicos.

En varios hospitales, algunos médicos se resistieron a usar el partograma, aduciendo que no tienen tiempo, por el alto número de pacientes a ser atendidas, especialmente en los hospitales generales de capital de provincia. En los hospitales Cantonales la situación es menos compleja, pero al haber un solo médico y una auxiliar de enfermería en el servicio de gineco-obstetricia, la situación se complica en el momento que hay más de una paciente, más aún contándose en que este personal es el que labora durante el turno y que en la noche tiene a su cargo tanto las emergencias como también los pacientes hospitalizados.

3. En ningún hospital se realizaba el Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP) de manera regular o sistemática.

Si algún profesional lo practicaba, era por iniciativa personal. El MATEP no constaba en las normas de atención del MSP, y la mayoría del personal no conocía las ventajas ni los procedimientos del MATEP. En consecuencia, tampoco se adquiría la oxitocina en las can-

tidades necesarias para el MATEP, ya que era utilizada mayoritariamente para la inducción/conducción de la labor de parto, o como uterotónico en casos de hemorragia. El MATEP no está incorporado en el currículo de formación de las Escuelas Universitarias, y por lo tanto el personal no recibe formación en esta práctica basada en la evidencia.

Los profesionales que atienden partos en la mayoría de servicios, experimentaron temor y/o resistencia al cambio, a implementar procedimientos nuevos, no habían escuchado o leído del manejo activo del tercer periodo del parto, justificaban que el procedimiento no constaba en el manual de normas de Salud Sexual y Reproductiva; que tenían vasta experiencia en el manejo expectante, que no tenían tiempo para realizar el procedimiento y que temían que se encarcele la placenta por la contracción uterina provocada por el uso de oxitócicos.

4. Falta de claridad en la definición de responsabilidades del personal sobre tareas específicas que le corresponden a cada uno durante la atención del parto.

En muchos hospitales no se habían asignado responsabilidades específicas al personal, por lo cual todos esperan que los demás las hagan; no había una persona que controle que se cumplan los elementos de la atención a la paciente, nadie se responsabilizaba de monitorear el cumplimiento de la realización del partograma y peor de revisar si su realización era la correcta.

5. En algunos hospitales no se dispone de una sala de labor

La falta de una sala de labor impide que las pacientes puedan tener comodidad y privacidad durante su labor y antes de que sean trasladadas a la sala de parto. En estos hospitales se han adecuado espacios ad-hoc que

no brindan las comodidades necesarias, por ejemplo en los corredores de ingreso a Centro Obstétrico.

6. En algunos hospitales no se dispone de un número suficiente de camas

En especial en los hospitales más grandes de capitales de provincia, en los que la demanda es mucho mayor que en los hospitales cantonales, en ocasiones no se dispone del número de camas suficientes por lo que el tiempo que permanecen las pacientes durante su labor y luego de su parto es excesivamente corto, ya que la paciente debe ceder su cama para la próxima.

Mejoras/innovaciones implementadas por los EMCC:

1. Capacitación en uso del partograma a todos los Residentes de los hospitales generales, aunque no sean específicamente del Servicio de G-O.

En muchos hospitales se usó el CD-Rom de Tecnologías Perinatales¹⁹ para capacitación a todo el personal del Centro Obstétrico. El aumento de la demanda por parte de la población para la atención de las mujeres embarazadas ha determinado que hayan momentos en que el Médico Residente del Servicio de Gineco-obstetricia se encuentra ocupado ya sea operando o revisando a pacientes complicadas. En esos casos es necesario que otros médicos Residentes que no son del Servicio de Gineco-obstetricia, u otro personal, estén capacitados en el uso e interpretación del partograma, para que puedan tomar decisiones correctas y oportunas de la conducta a seguirse en las pa-

¹⁹ Proyecto 2000/USAID; Ministerio de Salud del Perú. Tecnologías Perinatales, CD-ROM. Disponible en la Dirección Nacional de Normatización, MSP, o en el Proyecto HCI (ex-QAP) en Quito.

cientes con labor de parto. En varios hospitales generales se capacitó a todos los Residentes, independientemente del Servicio al que estén asignados.

En varias provincias se ha utilizado el CD-Rom del Proyecto 2000 (USAID-Perú), que enseña en forma muy didáctica y paso a paso la forma de usar el partograma. Este CD-Rom también ha sido utilizado con éxito en forma programada para la capacitación del personal en los hospitales cantonales, así como en la capacitación CONE a grupos de profesionales en algunos hospitales generales. Varios hospitales optaron por capacitar en el Partograma a cada nuevo grupo de Internos Rotativos que inicia su pasantía por el Servicio de Gineco Obstetricia, incluyendo ejercicios de llenado e interpretación del Partograma, los cuales constan en el manual de capacitación CONE. Así mismo, el CD-Rom sirve para la capacitación individual, por el interés particular del personal a quienes se les ha facilitado el CD.

2. Entrega de documentos del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) sobre uso del partograma

Un conjunto de documentos con material técnico relativo al uso y las ventajas del partograma fue proporcionado a los profesionales en varios hospitales, con el fin de que éstos, al constatar la evidencia científica que respalda al uso del partograma, se motiven para aplicarlo en su práctica diaria²⁰.

3. Supervisión diaria del uso del partograma

En muchos hospitales generales, y aún en los cantonales, se introdujo la práctica de que el médico Jefe de Sala o el Gineco-obstetra su-

pervisen en la ronda de visita de sala en las mañanas, la aplicación del partograma en los partos de la noche anterior. De esta manera se evalúa si se usó el partograma, si fue utilizado en forma correcta, y si se tomaron las decisiones adecuadas a la evolución del trabajo de parto de la paciente. Esta práctica de supervisión elevó notoriamente el uso del partograma, ya que el residente o médico tratante que atiende un parto sabe que el especialista o Jefe de Sala va a revisar y supervisar el uso de este instrumento.

De igual modo, es responsabilidad de los Médicos Residentes realizar la supervisión de atención de los partos que son atendidos por los Internos rotativos de Medicina y de Obstetricia, luego de lo cual debe constar una nota de esta actividad firmada por el Residente con la finalidad de garantizar que el parto fue atendido adecuadamente. Al final de la rotación de los Internos por el servicio de Sala de Partos, los Residentes tomarán en cuenta el uso correcto del partograma por parte del interno, para que se refleje en la calificación que éste recibe como parte de su programa de capacitación en el internado hospitalario.

4. Memorando del Director del Hospital subrayando el uso obligatorio del partograma en todos los partos vaginales

En muchos hospitales y unidades que atienden partos se obtuvo por parte de los Directores la disposición escrita para la realización obligatoria del partograma, recalándose la importancia de éste. Este documento es exhibido en la cartelera de Centro Obstétrico para que todos conozcan de la disposición. Así mismo, en varias provincias en las que hubo resistencia a la utilización del partograma, el Director del hospital enviaba un memorando individual a los médicos que no lo usaban a pesar de su obligatoriedad.

20 Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva. CLAP/SMR OPS/OMS. www.clap.ops-oms.org

5. Memorando de felicitación a los miembros de Sala de Partos cuando han logrado altos cumplimientos del estándar de uso del partograma

En varios hospitales se han enviado oficios de felicitación al Centro Obstétrico desde la Dirección del Hospital o Centro de Salud; cuando los indicadores de utilización del partograma han alcanzado rangos de 90- 100% y se han mantenido en ese nivel por más de un trimestre.

6. Asignación de responsabilidades para tareas específicas en la atención del parto a los integrantes del equipo técnico de Sala de partos:

En muchos hospitales, las actividades de toma de signos vitales, frecuencia cardíaca materna y fetal durante la labor y el parto han sido asignadas como responsabilidad a la enfermera de turno; y las de realización del partograma y la atención inmediata del recién nacido al médico que atiende el parto (el médico tratante en la mañana y el médico de turno durante el resto del día). Esta asignación explícita de responsabilidades asegura que cada profesional sepa de manera precisa las tareas que le corresponden según el turno; habiendo de este modo más compromiso para su cumplimiento.

7. Distribución de evidencia científica que sustenta el MATEP:

El Ministerio de Salud, a través de los equipos de MCC distribuyó literatura con evidencia científica sobre las ventajas y los beneficios del MATEP, tratando de llegar a cada médico, enfermera y obstetrix que atiende partos en los hospitales del MSP.

8. Capacitación clínica en MATEP:

Los equipos de MCC y las Direcciones Provinciales de salud organizaron jornadas de capacitación clínica de un día de duración sobre los procedimientos del MATEP, priorizando en las habilidades prácticas a través del uso de los maniqués existentes en las provincias. Se recalcó cómo realizar los tres pasos del MATEP utilizando un video del proyecto JHPIEGO²¹.

9. Concentrarse primero en los Jefes de Servicio y gineco-obstetras:

Las acciones de promoción y capacitación se focalizaron en un inicio en especial en los Jefes de Servicio y Gineco-Obstetras principales en cada hospital, además de las Jefas de Enfermería en cada Servicio. Estos profesionales, con el apoyo de las Direcciones Provinciales de Salud, en un momento posterior replicaron en muchos hospitales las acciones de promoción y capacitación al resto del personal que atiende partos. De igual manera, muchos equipos de MCC identificaron y contactaron a los más prestigiosos médicos gineco-obstetras en cada provincia, para buscar que ellos promuevan el uso del MATEP y apoyen en la capacitación al personal en las Unidades de Salud.

10. Disposición escrita sobre obligatoriedad del MATEP:

En muchos hospitales se distribuyó una disposición por escrito del Jefe del Servicio para todos los médicos, enfermeras y obstetrices, recalcando en la obligatoriedad del uso del MATEP, con todos los sustentos legales y bibliográficos que le amparan. En algunos hospitales también fue necesario una comunicación del nivel central del MSP en el mismo sentido.

²¹ Disponible en la Dirección Nacional de Normatización del MSP, o en el Proyecto HCI (ex QAP) en Quito.

11. Demostrar a través de socializar los ciclos rápidos de mejora que el MATEP no causa retención de placenta:

Usando la técnica de “ciclos rápidos de mejora”, los equipos de MCC iniciaron las experiencias de uso efectivo del MATEP en cada hospital con los profesionales que más voluntad tenían de iniciarla, y luego socializaron las experiencias con el resto del personal del Servicio o del hospital. En las reuniones de socialización con personal del hospital, con otras Áreas de Salud y al compartir con las demás provincias los ciclos rápidos de mejora ejecutados, los equipos hicieron hincapié en el hecho de que la aplicación del MATEP no causa una retención de la placenta como muchos profesionales temían, sino que más bien se confirman los beneficios en las pacientes para evitar o disminuir la hemorragia.



12. Supervisión diaria de la ejecución del MATEP:

Muchos equipos de MCC establecieron la supervisión de la ejecución del MATEP a través de la revisión de la hoja 051 (historia clínica perinatal) en la sección respectiva, por el Jefe del Servicio para los Residentes, y por la Jefa de Enfermeras para las profesionales enfermeras en cada visita en las mañanas. La revisión diaria de las historias clínicas de las pacientes a las que se les ha atendido su parto, facilitó

verificar el cumplimiento de este estándar en el Servicio, e hizo que todo el personal que atiende partos esté consciente de que la realización del MATEP será comprobada al día siguiente de la atención.

13. Incorporación de ampolla de oxitocina al paquete de parto:

A fin de garantizar la existencia de la ampolla de oxitocina necesaria para el MATEP en cada parto, la mayoría de los equipos de MCC incorporaron una ampolla de oxitocina al contenido estandarizado del paquete para atención del parto. Estos “paquetes de parto” son preparados de antemano y contienen los instrumentos e insumos requeridos para la atención estandarizada. De esta manera, se evita que la ausencia de oxitocina sea un factor que impida el MATEP, y se ayuda a Farmacia y Bodega a calcular y mantener el stock necesario para la práctica de este estándar.

14. Publicación del Addendum a la Norma Nacional incorporando el MATEP:

Al mismo tiempo que muchos equipos de MCC en hospitales del País estaban introduciendo la aplicación del MATEP en sus Servicios, en el nivel central del Ministerio de Salud (MSP) se desarrollaba una intensa discusión sobre los beneficios del MATEP y la posibilidad de incluirlo en la Norma Nacional. Varios funcionarios del nivel central estuvieron opuestos, y solamente se lograba una aceptación de que cada hospital lo podía probar individualmente. Al cabo de varios meses de discusión, y con el aporte de publicaciones de medicina basada en la evidencia, más las experiencias concretas que muchos hospitales iban logrando con la apli-

cación práctica y la creciente aceptación del MATEP, el Ministerio decidió aceptar la inclusión del MATEP en la Norma Nacional, para lo cual elaboró y publicó un "Addendum"²² específico a la Norma, el mismo que fue difundido a nivel nacional.

15. Réplica de la capacitación en MATEP a través de capacitación de capacitadores:

El nivel central del MSP y QAP promovieron la expansión del MATEP a todas las provincias del País a través de una estrategia de formación de capacitadores y réplicas provinciales. Para ello, realizó una capacitación a los Jefes de Servicio y algunos otros gineco-obstetras de los hospitales generales por grupos de provincias, para que éstos, actuando como facilitadores capacitados, replicaran a los demás profesionales que atienden en las Salas de partos de sus respectivas Unidades. El MSP y QAP entregaron a las Direcciones Provinciales y a los hospitales un póster (cartel) del Proyecto POPPHI²³ y una hoja informativa sobre el MATEP, en los que se detallan los procedimientos y pasos a seguirse. Estos materiales constituyeron una ayuda de trabajo importante y de fácil comprensión para la ejecución del MATEP. Algunos hospitales utilizaron el póster para asignar responsabilidades específicas al personal para la ejecución de cada uno de los pasos del MATEP.

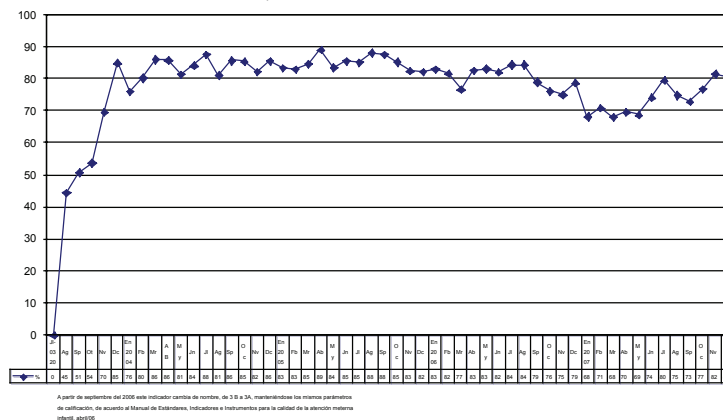
Resultados alcanzados:

Como se puede observar en la gráfica siguiente, los equipos de Mejora Continua de la Ca-

lidad lograron elevar el indicador de partos en los que se utilizó el partograma, desde niveles

bajos de menos del 50% hasta cumplimientos que sobrepasan el 80%, los mismos que se han logrado mantener a lo largo de más de un año.

Ecuador: Partos con partograma graficado y con control, en las unidades de salud del País. Julio del 2003 a Diciembre del 2007



Esta constatación nos indica que probablemente existe ya en las unidades operativas participantes del proceso MCC, una toma de conciencia por parte del personal y una aceptación del partograma, luego de la constatación de la importancia de su realización en la toma de decisiones.

En cuanto al MATEP, desde una situación de ausencia de la práctica sistemática de esta intervención basada en la evidencia, los equipos de MCC lograron que en la gran mayoría de Unidades Operativas en donde se atienden partos en el Ecuador se alcance el 100% de cumplimiento del MATEP. Si bien el indicador de cumplimiento que reportan las Unidades de Salud se refiere solamente al uso de la oxitocina, las acciones de capacitación, de promoción y las ayudas para el trabajo que los equipos de MCC están utilizando hacen énfasis en

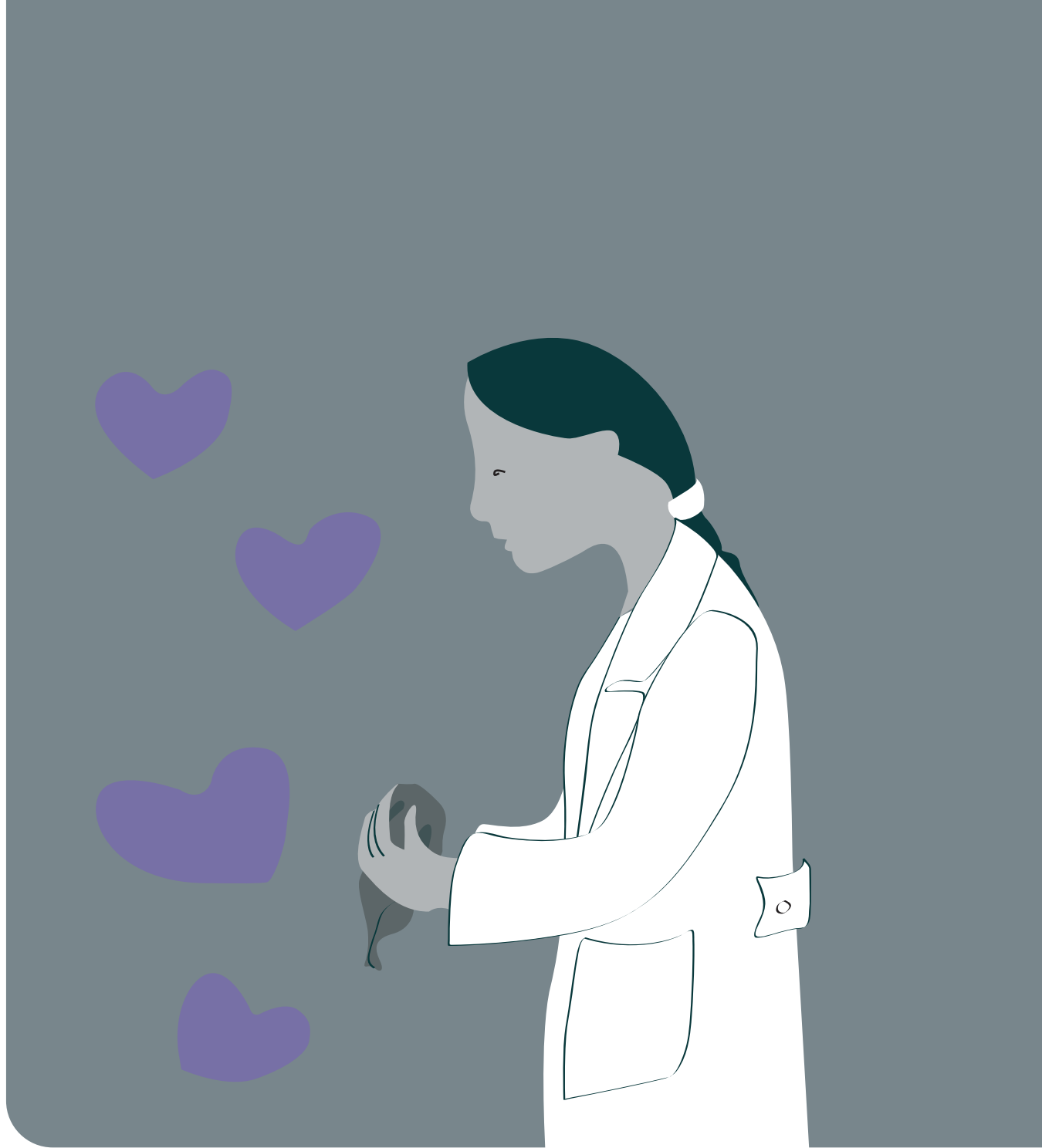
22 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normatización Técnica del Manejo Activo del Tercer Período del Parto. Addendum al Capítulo de Atención del Parto Normal. Quito, Ecuador. 2006.

23 Disponible en la página web del Proyecto de Prevención de la Hemorragia Post-parto, POPPHI-USAID: <http://www.pphprevention.org/> También disponible en la Dirección Nacional de Normatización, MSP, y en el Proyecto HCl (ex QAP) en Quito, Ecuador.

los tres elementos del MATEP, esto es que todas las pacientes reciban la dosis de oxitocina, la maniobra controlada de tracción del cordón umbilical con contratracción y el masaje del fondo uterino.

A pesar que este esfuerzo no buscó de manera explícita probar los efectos del uso del MATEP, existe evidencia anecdótica abundante sobre la reducción del índice de hemorragias en las pacientes que dan a luz en los hospitales del País, e incluso de comunicaciones de las oficinas provinciales de Cruz Roja²⁴ (por ejemplo en Esmeraldas y Cotopaxi), quienes preguntaban la razón por la cual los hospitales respectivos habían disminuido tan notoriamente sus pedidos de sangre y hemoderivados.

24 Cruz Roja Ecuatoriana. Red de Bancos de Sangre.
www.cruzroja.org.ec/



*Atención del
Post-parto Inmediato*

Lecciones aprendidas por los equipos de MCC

El puerperio inmediato (24 primeras horas desde que ocurre el alumbramiento) se constituye en un período crítico e importante, con un alto riesgo de complicaciones que pueden tener consecuencias fatales para la mujer púerpera y su hijo o hija. De hecho, el 11,9 % de las muertes maternas en el Ecuador en el 2006 tuvieron como causa directa la Hemorragia posparto²⁵. El puerperio inmediato es un esfuerzo orgánico para lograr la hemostasia uterina a través de la retractilidad que es un acortamiento definitivo de la fibra muscular uterina y la contractilidad, que es un fenómeno intermitente y activo, que consiste en el acortamiento temporáneo de la fibra muscular uterina con lo que se provoca la oclusión y compresión vascular propia de esta fase. Clínicamente palpamos un útero de consistencia dura elástica, de límites bien definidos que se denomina “Globo de Seguridad de Pinard”, que periódicamente adquiere una consistencia dura leñosa que provoca dolor, denominados “entuerros”. El fondo uterino se ubica aproximadamente a nivel umbilical. La hemostasia lograda no es total, se pierden pequeñas cantidades de sangre rojo rutilante, acompañada de restos de decidua esponjosa, llamadas “loquios”, en las primeras 24 hrs. éstos son hemáticos²⁶.

El cuidado del puerperio inmediato es una práctica necesaria y trascendental destinada a vigilar la involución uterina, detectar tempranamente y tratar las complicaciones que puedan aparecer en este período (hemorragia, shock, preeclampsia) y propiciar un adecuado control de la salud de la mujer y del recién nacido, realizando un mínimo de tres controles en las primeras dos horas después del parto.²⁷

Lo recomendado por el MSP de Ecuador abarca lo siguiente para este primer día y se resume así:

- Evaluar un mínimo de tres controles obligatorios durante las primeras tres horas: signos vitales (TA, temperatura y pulso), retracción uterina; hemorragia; genitales externos y características de los loquios.
- Iniciar contacto piel a piel, lactancia materna exclusiva y alojamiento conjunto madre hijo: Apenas el recién nacido está estable y respira, se lo puede colocar sobre el pecho de la madre, en decúbito prono, con las pieles en contacto, cubriendo la espalda de la criatura y el pecho de la madre con un lienzo seco y tibio, lo que favorece el

25 Ministerio de Salud Pública. Indicadores Básicos de Salud Ecuador 2007. 2007

26 Prof. Dr. Carlos Alberto Cassella, Dr. Vicente Guillermo Gómez, Dr. Domingo J. Maidana Roa. Puerperio Normal. Revista de postgrado de la cátedra VIa Medicina Nro.

100 Diciembre 2000. www.med.unne.edu.ar/revista/revista100/puerperio_normal.htm-29k

27 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Normatización. Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para la Calidad de la Atención Materno Infantil. 2006

inicio temprano de la lactancia materna y está relacionado con una duración mas larga de la lactancia materna exclusiva. También puede beneficiar a la madre ya que el amamantamiento estimula la secreción de oxitocina materna y promueve las contracciones uterinas con lo cual es posible que disminuya el sangrado materno²⁸.

- Identificar precozmente las complicaciones, especialmente la posibilidad de una Hemorragia posparto o la dificultad en la formación del Globo de Pinard. En pacientes con pre-eclampsia hay que estar atentos al incremento de la tensión arterial, la cefalea intensa, epigastralgia o escotomas. En general se debe vigilar signos de infección, como fiebre y sangrado con mal olor.

Todo esto, más detalles elementales relacionados con el aseo y la higiene así como el apoyo psicológico y afectivo provistos eficazmente por el personal que la atiende con el afán de lograr niveles adecuados de comodidad para la madre, favorecen sin duda a la generación de una confianza, que a su vez provocaran aumentos significativos de la demanda de servicios seguros de salud para estas etapas críticas en la vida de las usuarias y sus familias.

Deficiencias del proceso encontradas por los equipos de MCC:

En la mayoría de hospitales, las pacientes eran enviadas directamente a la Sala General después de dar a luz en el Centro Obstétrico, sin que exista ningún proceso de vigilancia sistemática del período del post-parto inmediato. No estaba asignada la responsabilidad de la tarea de controlar los acápites contemplados en el formulario 051 y que son control de tem-

peratura, pulso, presión arterial, involución uterina, control de loquios (control de sangrado), tres veces por espacio de 2 horas en el post-parto inmediato.

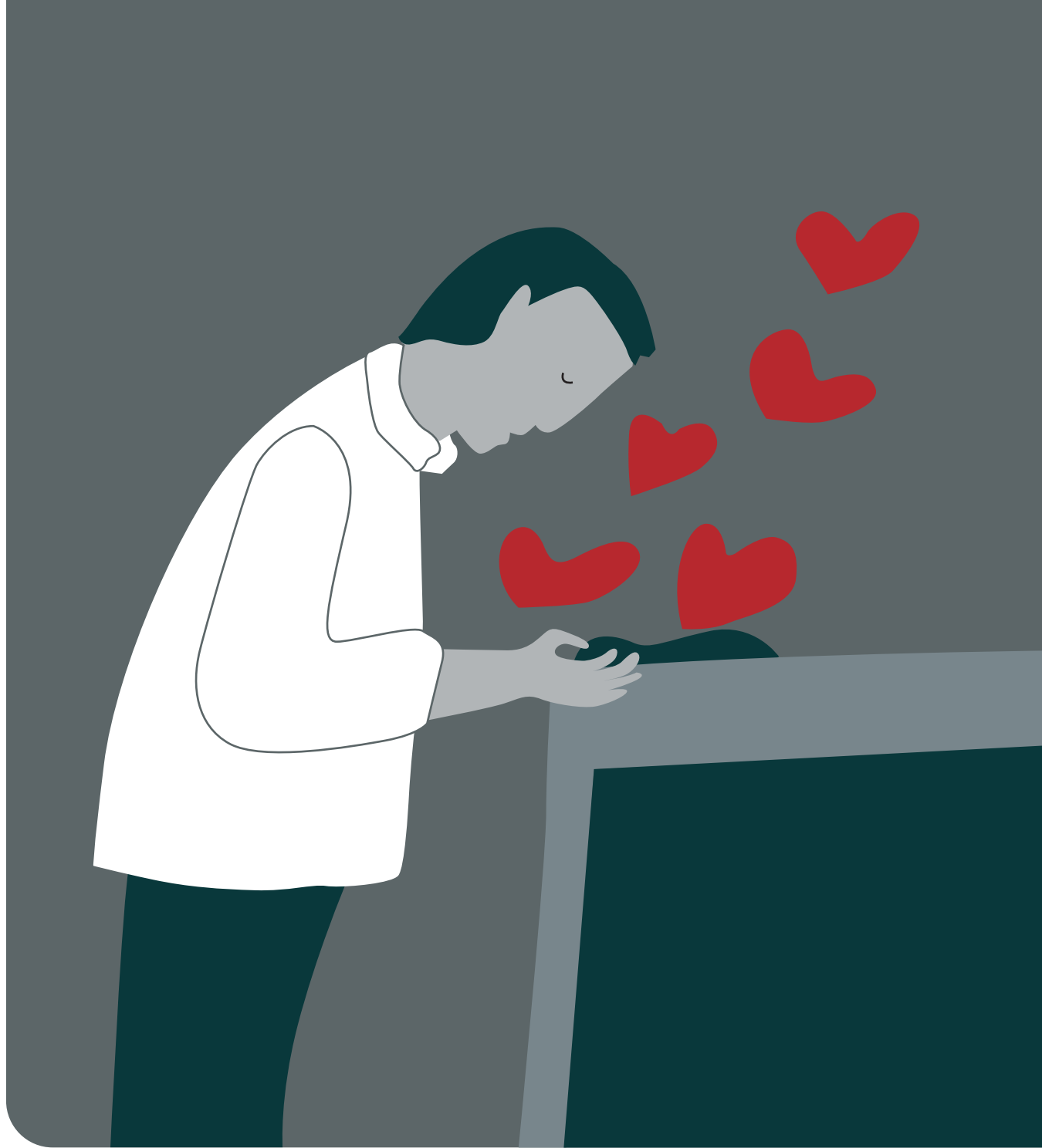
Mejoras/innovaciones implementadas por los EMCC:

En la mayoría de hospitales generales los equipos de MCC establecieron el proceso de vigilancia del post-parto inmediato, a través de una comunicación escrita en la que se detalló las tareas de acuerdo al estándar respectivo, asignando la responsabilidad principal del mismo a la Enfermera Líder del Centro Obstétrico, para que supervise el control del post-parto inmediato.

Los equipos de MCC sostuvieron diálogos con el grupo de enfermeras que trabajan en el Centro Obstétrico, para discutir con ellas la importancia del control posparto, en especial para dar la voz de alerta temprana en casos de complicaciones. Las enfermeras decidieron asumir esta responsabilidad, de lo cual quedó constancia escrita. Si bien la responsabilidad es de la Enfermera líder, quien debe supervisar su cumplimiento, la tarea en sí misma puede ser realizada ya sea por la enfermera, los internos, o los residentes. Estos acuerdos sobre las responsabilidades para el control obligatorio en el post-parto inmediato fueron formalizados a través de una comunicación escrita del Jefe de Servicio de Gineco Obstetricia hacia el personal del servicio.

En los Hospitales Cantonales se acordó que la responsabilidad es de la Enfermera de Área que es quien controla el área de Hospitalización. Al recibir el turno en la mañana, es ella quien deberá controlar que se haya realizado esta actividad si es que se ha atendido un parto en horas de la noche, e inmediatamente se harán correctivos en el caso de que hubiera que hacerlos. En algunas ocasiones en un hospital cantonal no hay una Enfermera para los turnos

28 Camila Chaparro Chessa Lutter / A Virginia Camacho Hubner. Prácticas esenciales del parto para la salud y la nutrición de la madre y el recién nacido. www.paho.org/ Spanish 2007- 11-01



*Atención Inmediata
del Recién Nacido*

Lecciones aprendidas por los equipos de MCC

Cada año, 4 millones de recién nacidos (infantes de menos de un mes) mueren en las primeras cuatro semanas de vida, explicando el 40 % de todas las muertes entre los niños menores de 5 años. Hasta un 50 % de las muertes ocurren entre las primeras 24 horas y un 75 % de recién nacidos fallecen antes del séptimo día²⁹. En Ecuador, según ENDEMAIN– 2004 la tasa de mortalidad neonatal fue de 17 x 1000 nacidos vivos³⁰. La sepsis bacteriana del recién nacido, la dificultad respiratoria y el síndrome de aspiración neonatal se mencionan como causas de muerte en este período en el 2007³¹. Uno de los objetivos del Milenio de la ONU es el de reducir la mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años (Meta: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa mortalidad de los niños menores de 5 años)³². El Plan Nacional de Desarrollo del Ecuador establece en su objetivo 3 y sus metas la disminución de la mortalidad neonatal en un 35%.

Los momentos inmediatamente posteriores al nacimiento de un niño o una niña son de crucial importancia debido a que empieza una

fase de adaptación a un nuevo tipo de medio ambiente totalmente desconocido y que le representa una serie de dificultades como la de abandonar un entorno líquido y con una temperatura de más o menos unos 35° C, atravesar un canal que no siempre le brinda facilidades; soportar una temperatura que casi siempre es menor a su entorno anterior, dejar de depender de su conexión vascular y sanguínea para iniciar un proceso de oxigenación por intermedio de sus propios recursos respiratorios y finalmente empezar a utilizar una fuente nutricional totalmente ajena a su experiencia de 40 semanas de gestación. Todo esto puede ser superado sin mayor dificultad cuando todos los mecanismos y capacidades fisiológicos del neonato están intactos, no obstante, tanto probables amenazas externas como deficiencias propias de su condición pueden transformar este fenómeno del nacimiento en un riesgo inminente que atente a su vida o a su salud.

La atención va dirigida a garantizar las condiciones óptimas para la adaptación inmediata a la vida extrauterina con la finalidad de disminuir, al mínimo, las posibilidades de morbimortalidad neonatal. Para esto, es necesario entre otras cosas³³:

29 USAID. ISSUE BRIEF. Newborn Health. August 2007.

30 Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social CEPAR. Encuesta Demográfica de Salud materna e Infantil ENDEMAIN -2004. Ecuador 2005

31 Ministerio de Salud Pública. Indicadores Básicos de Salud Ecuador 2007

32 Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2006. www.un.org/spanish/millenniumgoals/

33 Sociedad de Gineco Obstetricia de Venezuela. Atención Inmediata Integral del Recién Nacido en Establecimientos Asistenciales. www.sogvzla.org/

- Vigilar y favorecer la respiración espontánea: La primera función que realiza un recién nacido, es introducir, a una elevada presión, aire ambiental e ir removiendo el líquido pulmonar, que ocupaba sus pulmones en la vida fetal. Se instala una circulación pulmonar, venciendo una gran presión de la arteria pulmonar y así cerrando las comunicaciones cardiacas (inter auricular) y el ducto arterioso. Por lo antes descrito, estamos obligados a vigilar su capacidad respiratoria, traducida en un esfuerzo respiratorio regular, un color de piel sonrosada y un llanto vigoroso. La estimulación táctil se realizara sutil y no bruscamente; la succión de boca y nariz será de forma suave preferiblemente con perita de aspiración manual. Consideración especial se tendrá en los síndromes de bronco aspiración (meconio, sangre) y malformaciones congénitas (hernia diafragmática) que ameritarán el uso de aspiración o ventilación mecánica. En vista que un 10% de los recién nacidos, al momento del nacimiento requieren algún procedimiento de reanimación, debe existir en sala de parto y pabellón, personal médico o de enfermería con entrenamiento en reanimación neonatal.
- Prevenir pérdidas de calor: Uno de los aspectos que mejor deben ser evaluados al momento de nacer, es la tendencia del recién nacido a la hipotermia. En un recién nacido, el valor normal está en el rango de 36,5 - 37,5 ° C. Si, al momento de nacer el ambiente externo no es adecuado el recién nacido pierde por cuatro formas calor: Conducción sobre la superficie donde es colocado, evaporación según la temperatura del ambiente, radiación según la temperatura de paredes, ventanas, convección según la corriente de aire que se pone en contacto con su cuerpo. El recién nacido puede caer en hipotermia que si no se trata adecuadamente, se complica con trastornos metabólicos (hipoglicemia, mayor consumo de O₂, acidosis metabólica, hipertensión pulmonar, dificultad respiratoria, cianosis). Colocarlo con la madre, piel a piel y lactar prontamente es una opción valedera, eficiente y gratificante.
- Prevenir y controlar infecciones: La infección constituye una de las primeras causas de morbimortalidad en el período neonatal. Existen intervenciones eficaces en el control de la infección neonatal y prenatal (tétanos, sífilis, hepatitis B, SIDA) y en la atención del parto, como la prevención ocular contra la conjuntivitis y el uso de triple colorante, solución yodada o alcohol absoluto (70%) para el cordón umbilical. El lavado de manos antes y después de manipular a un recién nacido, sigue siendo la medida más inteligente en el control de las infecciones nosocomiales neonatales. La estancia hospitalaria prolongada de un recién nacido de bajo peso o prematuro aumenta el riesgo a infecciones (cateterismo vasculares, ventilación prolongada, etc.). Los servicios de neonatología deben permanentemente evaluar la incidencia de infecciones, así como, los gérmenes prevalentes y su resistencia a los antimicrobianos usados.
- Asegurar amamantamiento materno inmediato y alojamiento conjunto: Se debe iniciar la lactancia materna durante la media hora siguiente al parto, no suministrando ningún otro tipo de leche artificial o solución hidroelectrolítica, salvo indicación médica. Se ha comprobado que las prácticas de las salas de partos que separan a la madre de su hijo tienen efectos negativos en el inicio temprano de la lactancia materna, dado que el contacto piel a piel, continuo e ininterrumpido, optimiza el inicio de la lactancia materna. Durante este período en que están juntos la madre y el recién nacido, el personal de atención de salud debe

vigilarlos y proporcionar a la madre asistencia apropiada para la lactancia materna en caso necesario, usando un procedimiento que tenga en cuenta la comodidad y el deseo de intimidad de la madre³⁴.

- Otorgar ciudadanía: El Estado garantiza el derecho a la identidad, ya que el mismo está vinculado al derecho del nombre y de la ciudadanía, tal como lo consagra la Constitución Nacional. Es obligatorio registrar adecuadamente y sin omitir detalle a cada recién nacido, al momento de nacer.

El Ministerio de Salud de Ecuador ha estandarizado la realización y registro de al menos 11 actividades para la Atención al Recién Nacido Sano: registro de sexo; peso al nacer; talla en cm; perímetro cefálico en cm; apgar al 1 y 5 minutos; registro de realización o no de reanimación respiratoria, examen físico; alojamiento conjunto; administración de 1 mg. de vitamina K IM; profilaxis de oftalmía bacteriana y apego precoz e inicio de la lactancia materna exclusiva.³⁵ A continuación, se exponen los esfuerzos y experiencias de varios equipos de mejora continua de la calidad, con el afán de que otras unidades de salud puedan disponer de puntos de referencia para aplicarlos a su propia cotidianidad de trabajo.

Deficiencias del proceso encontradas por los equipos de MCC:

1. En muchos hospitales no se realizaba la atención inmediata del recién nacido siguiendo los pasos que indica la Norma del MSP, en especial aquellas prácticas basadas en la evidencia como por ejemplo el apego

precoz con contacto piel a piel, la lactancia materna inmediata y exclusiva, el control de la temperatura del bebé para prevenir la hipotermia y prácticas sistemáticas para la prevención de infecciones.

2. No se llenaban los datos del formulario 051 que corresponden a la atención inmediata del recién nacido. A veces los datos de la atención al recién nacido eran consignados en las hojas de evolución de la historia clínica, y en otras ocasiones no eran registrados en ninguna parte.

Antes de iniciar el proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad era frecuente que no existan formularios de historia clínica perinatal (hoja 051) en los servicios, en donde la atención al recién nacido pudiera ser registrada.

3. La historia clínica perinatal no tiene un espacio adecuado para registrar la prevención de la oftalmía bacteriana (maniobra de Credé), lactancia materna inmediata, alojamiento conjunto, administración de vitamina K. Al no existir estos casilleros, personal no lo anotaba o en ocasiones se le olvidaba realizar estas actividades e indicaciones en los niños.
4. En muchos hospitales, el personal que recibe a los niños recién nacidos no tiene las habilidades necesarias para brindar maniobras de reanimación a los recién nacidos que lo llegasen a necesitar.

Mejoras/innovaciones implementadas por los EMCC:

1. Los equipos de MCC introdujeron la historia clínica perinatal (formulario 051) en los servicios en los que ésta no existía, en especial en los Hospitales cantonales. En varias Unidades se ofreció además capacitación para su llenado adecuado.
2. Frente a la ausencia de un espacio espe-

34 Camila Chaparro Chessa Lutter / A Virginia Camacho Hubner. Prácticas esenciales del parto para la salud y la nutrición de la madre y el recién nacido. 2007- 11-01 www.paho.org/Spanish

35 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Normatización. Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para la Calidad de la Atención Materno Infantil. Quito - 2006

cífico para la anotación de la maniobra de Credé, lactancia materna inmediata, alojamiento conjunto y administración de vitamina K, al inicio los equipos de MCC probaron anotar estos datos en la sección de "Observaciones" de la historia clínica, pero luego optaron por crear un sello ad-hoc para imprimirlo en la hoja 051 y así poder registrarlos.

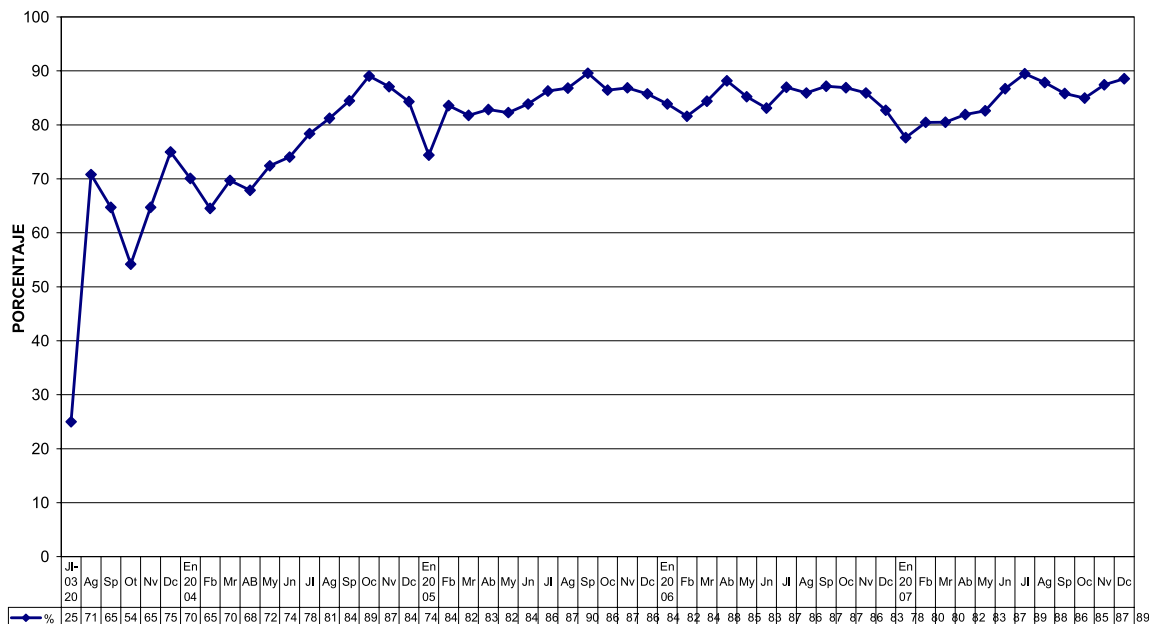
- Se creó el séptimo módulo de capacitación del Curso CONE, cuyos contenidos se refieren a la atención inmediata, reanimación del recién nacido y otras habilidades CONE. Se capacitó con este módulo a todo el personal que atiende partos en las provincias de Tungurahua, Chimborazo, Bolívar, Orellana y Manabí. En dicho módulo los profesionales de los servicios practican en los maniqués la forma correcta de reanimar a los neonatos que lo necesitan.

- Se implementó un mecanismo de supervisión del registro de las actividades de atención inmediata al recién nacido en la historia clínica perinatal, en el cual los médicos tratantes, y en algunos casos especialistas, supervisan el modo de atención que realizan los residentes y los internos y que se registra en la hoja 051.

Resultados alcanzados:

A partir de niveles muy bajos de cumplimiento del estándar a fines del 2003, los equipos de MCC trabajaron durante todo un año para elevar la calidad de esta proceso de atención, logrando una mejora continua y visible en el indicador de atención inmediata al recién nacido, que no ha descendido de niveles altos de cumplimiento cercanos al 90% durante más de un año.

Ecuador: Recién Nacidos en Unidades de Salud del País, en los que se realizó y registró en la HCP por lo menos 11 actividades seleccionadas de la norma. Julio 2003 a Diciembre 2007



A partir de septiembre del 2006 los indicadores fueron medidos incluyendo la administración IM de vitamina K y la profilaxis de la oftalmía bacteriana en los criterios del estándar, de acuerdo al Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para la calidad de la atención materna infantil, abril/06



*Manejo de la
Complicación Obstétrica*

Lecciones aprendidas por los equipos de MCC

Esta sección recoge las experiencias, lecciones aprendidas y resultados de la aplicación de la metodología del colaborativo en tres procesos de la atención a las complicaciones obstétricas: Pre-eclampsia / Eclampsia, Hemorragia e Infecciones y en dos momentos de la atención a la paciente en el hospital: la atención inicial o en Emergencia y la atención en Internación u Hospitalización.

Deficiencias generales del proceso de atención a las Complicaciones Obstétricas (Preeclampsia/Eclampsia, Hemorragias e Infecciones) encontradas por los equipos de MCC:

- En los servicios de Emergencia de muchos hospitales no existe un área exclusiva para atender a las pacientes Gineco-obstétricas, generalmente son atendidas en el mismo ambiente físico que otros pacientes que adolecen de otras patologías.
- Las transferencias de pacientes no están dirigidas hacia las unidades que tienen capacidad resolutive y en muchas ocasiones se realizan únicamente con criterio geográfico, sin tomar en cuenta el nivel de complejidad de la unidad y/o de la patología que tiene la paciente y los requisitos mínimos para su tratamiento. Se utilizan hojas de papel o recetas y no con los formularios que se dispone para este efecto en el sistema de documentación hospitalaria.
- Cuando la paciente referida con complicación obstétrica llega a la unidad operativa, generalmente en el hospital provincial, no se le da una atención priorizada, sino que es tratada igual que el resto de pacientes e inclusive hace la antesala o espera que se atienda a otros pacientes que acuden a emergencia con cuadros no graves.
- No existe o es muy débil el monitoreo o supervisión del cumplimiento de las normas de manejo de las complicaciones obstétricas por parte del médico líder o jefe, hacia los médicos tratantes, y desde éstos hacia los médicos residentes e internos rotativos, tanto en los servicios de emergencia, centro quirúrgico y hospitalización.
- Ausencia o escasez periódica de medicinas o insumos que son responsabilidad del Programa de Maternidad Gratuita. Por ejemplo, falta de frascos para muestras de orina, reactivos en laboratorio para ciertos exámenes, etc. En algunos casos los hospitales han tenido que recurrir a comprar insumos o medicinas en farmacias externas, o en ocasiones con préstamos a otras unidades.
- La mayoría de hospitales carecen de un proceso de capacitación permanente para el personal profesional, lo cual repercute en un conocimiento débil de las normas del MSP y de la medicina basada en la evidencia para la atención de la complicación

obstétrica. Se añade a esto la alta rotación de médicos residentes e internos rotativos que dificulta el conocimiento y aplicación de la norma.

- Algunos hospitales carecen del recurso humano suficiente para la atención de pacientes con complicación obstétrica, desde médicos residentes hasta médicos tratantes, enfermeras y personal auxiliar de servicios, lo cual produce una sobrecarga en el personal que atiende las emergencias que llegan a la unidad. En varios casos no se ha podido encontrar por parte del departamento de recursos humanos una solución para que los médicos puedan acudir a atender emergencias obstétricas fuera de sus horarios regulares de trabajo.
- Los horarios de turnos de veinte y cuatro horas de los médicos residentes en algunos hospitales impiden que éstos participen de la discusión de casos o capacitación permanente cuando ésta existe.
- La actitud del personal en muchos casos no es proactiva al cambio, especialmente de médicos tratantes, que se manifiesta con su escasa participación o resistencia a propuestas innovadoras.

Mejoras / innovaciones implementadas por los EMCC (Pre-eclampsia/Eclampsia, Hemorragias e Infecciones, tanto en emergencias y en hospitalización)

- Varios hospitales realizaron adecuaciones físicas en el de área de emergencia a fin de tener un espacio específico para atender a la paciente gineco-obstétrica. En este espacio se colocó una vitrina de medicamentos de acuerdo al listado de normas y estándares de manejo, con énfasis en Sulfato de Magnesio, antihipertensivos, oxitocina y otras de uso emergente. La responsabilidad de esta vitrina la tiene el médico residente de guardia, quien tiene la llave.

- Se estableció el uso de la radio o el teléfono para dar aviso de la referencia de pacientes con complicaciones desde el hospital cantonal al provincial. En ocasiones esto permitió también al hospital provincial aconsejar sobre el manejo inicial de la paciente.
- Se establecieron en varios hospitales acciones de supervisión por parte del jefe del servicio y de la líder de enfermería al cumplimiento de las normas de manejo de la paciente con complicación, en su respectiva área de competencia, mediante la verificación diaria de las actividades en cada paciente a través una lista u hoja de registro.
- Se definió que el diagnóstico y el tratamiento inicial emergente de la paciente con complicación obstétrica se debe realizar en el servicio de emergencia y no se debe referir o ingresar a hospitalización o centro obstétrico, sin diagnóstico o tratamiento inicial.
- Todos los hospitales participantes lograron que el laboratorio clínico funcione las 24 horas, que participe en las actividades de mejoramiento de la calidad y que conceda prioridad de realización de exámenes a las complicaciones obstétricas mediante la identificación del pedido respectivo, registrando el diagnóstico con marcador resaltador.



- La presentación y análisis de los resultados del monitoreo de la calidad del manejo de las complicaciones obstétricas (cumplimiento de estándares) se realiza mensualmente en una reunión ampliada con la presencia de la mayor cantidad de personal del servicio. Se aprovechó estas reuniones para actualizar en la norma y estándar a los asistentes. Se incorporó en estas reuniones a los internos rotativos y médicos residentes.
- Se implementaron ayudas comunicacionales de trabajo: carteles de estándares e indicadores para escritorios, paredes y para carpeta de historia clínica, en todos los servicios (emergencia, consulta externa, neonatología, sala de partos).
- De acuerdo a los problemas detectados por los EMCC, se establece la incorporación de profesionales del laboratorio clínico, farmacia, bodega, recursos humanos, en las reuniones del equipo de mejora.
- Se reorganiza las actividades de consulta externa para permitir que los profesionales puedan incorporarse a las actividades de medición y análisis / cada mes o semana según la posibilidad del servicio.
- En algunos hospitales se consiguió que médicos tratantes de llamada acudan a solucionar las emergencias obstétricas en horas no laborables mediante la disposición que las horas extras sean pagadas o compensadas con permisos o pagos de vacaciones.
- Se posicionó y prestigió al EMCC y a la actividad que realiza por parte de las autoridades nacionales, provinciales y locales, de manera que tenga la aceptación suficiente para hacer cambios necesarios en los procesos institucionales.
- Se implementó un foro virtual a través del Internet para compartir experiencias entre personal de los diferentes hospitales participantes, tanto de las deficiencias encontradas como de las mejoras establecidas por cada equipo.



*Atención de la
Pre-eclampsia/Eclampsia*

Lecciones aprendidas por los equipos de MCC

La pre-eclampsia (TA diastólica >90 mm. Hg en embarazo >20 semanas. Proteinuria en 24h > a 300 mg / tirilla reactiva positiva³⁶) constituye la más grave de las complicaciones hipertensivas del embarazo y puede resultar catastrófica si pasa inadvertida, sin tratamiento o si evoluciona hacia una eclampsia. La preeclampsia es un trastorno multisistémico que se asocia generalmente a presión arterial alta y proteinuria, pero cuando es grave, puede afectar al hígado de la mujer, riñones, sistema de coagulación, o cerebro (Síndrome de Hellp). La placenta también puede estar afectada, con mayores posibilidades de un crecimiento fetal deficiente y parto prematuro para el bebé. Es una complicación relativamente frecuente en el embarazo, y puede presentarse en cualquier momento durante la segunda mitad del embarazo o las primeras³⁷.

La eclampsia se define como el desarrollo de convulsiones en pacientes con signos y síntomas de pre-eclampsia, cuando las convulsiones no se explican por otras causas. Aproximadamente, el 50% de los casos se desarrollan antes del parto, el 25% durante el parto y el 25% restante, en el post-parto. La causa principal de la eclampsia parece ser el vaso-espasmo cerebral grave. También se ha relacionado con este proceso la encefalopatía hipertensiva³⁸.

La clasificación para los trastornos hipertensivos del embarazo está relacionada con la edad gestacional, variaciones de TA, variaciones de proteína en la orina (proteinuria), antecedentes hipertensivos prenatales y natales de la embarazada y se puede sintetizar en el cuadro que exponemos a continuación.

	TENSION ARTERIAL	PROTEINURIA	SIGNOS Y SINTOMAS	EDAD GESTACIONAL
HIPERTENSION GESTACIONAL	Diastólica >90 mm Hg	<ul style="list-style-type: none"> • NEGATIVA en tirilla reactiva • < a 300 mg en 24 h 		>20 semanas.
PREECLAMPSIA	Diastólica >90 mm Hg	<ul style="list-style-type: none"> • POSITIVA en tirilla reactiva • > a 300 mg en 24 h 		>20 semanas.
ECLAMPSIA	>140/90 mm Hg	<ul style="list-style-type: none"> • Tirilla reactiva +/+/+/+ • >300 mg. en 24 horas 	CONVULSIONES tónico-clónicas o coma.	>20 semanas.

36 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. Norma Materno Neonatal. Componente Obstétrico. Quito – 2008.

37 46Duley L, Gulmezoglu AM, Henderson-Smart DJ. Anticonvulsivos para mujeres con preeclampsia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.

38 Antoinette C. Boltea, Herman P. van Geijna, Gustaav A. Dekker. Tratamiento y control de la preeclampsia grave. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital de la Universidad Libre, De Boelelaan Amsterdam, Holanda Servicio de Salud de Adelaida del Norte, Universidad de Adelaida, Adelaida, SA, Australia. European Journal of Obstetrics & Gynecology and. Reproductive Biology (Ed. Española) 2001.

En el 2006, en Ecuador, la Eclampsia figuró como primera causa de muerte materna, con un 21,5 % (29 muertes) del total de estas defunciones.³⁹

En el manejo, son esenciales el diagnóstico precoz que incluye prioritariamente la toma y registros periódicos y adecuados de tensión arterial y la detección de proteinuria, además de la revisión minuciosa de los antecedentes pre-gestacionales relacionados con hipertensión arterial crónica, antecedentes de preeclampsia, eclampsia en embarazos anteriores y/o historia familiar de trastornos hipertensivos en el embarazo; control prenatal exhaustivo así como búsqueda rutinaria de signos o síntomas clásicos (edema, cefalea, visión borrosa, acúfenos). La aplicación estricta de los protocolos terapéuticos establecidos especialmente en lo que se refiere al uso del Sulfato de Magnesio y Antihipertensivos (hidralazina, nifedipina o alfametildopa, según sea el caso)⁴⁰ y el cumplimiento de los estándares de atención y manejo para este tipo de complicaciones⁴¹ es esencial.

Deficiencias en el manejo de la Preeclampsia en el servicio de Emergencias, encontradas por los equipos de MCC:

- El traslado y/o referencia de la paciente con Preeclampsia o Eclampsia no se realiza con acompañamiento profesional capacitado desde la unidad de atención que refiere la paciente, y en ocasiones sin que se haya administrado el tratamiento inicial.

- No se realiza determinación de la proteinuria en el servicio de Emergencia en casos de sospecha. En ocasiones hay disponibilidad de tiras reactivas para este examen, pero el personal no sabe como utilizarlas o no lo hace por desconocimiento de la norma. Cuando se realiza en el laboratorio central se demora el reporte, en ocasiones llega el resultado cuando la paciente ya ha sido trasladada a otro servicio, y no hay un mecanismo que permita que el reporte llegue al servicio en donde se encuentra la paciente. Con cierta frecuencia se dan carencias de reactivos de laboratorio, y no se dispone de un stock mínimo de insumos y materiales, a pesar de existir rubros asignados del programa de Maternidad Gratuita para este objeto.
- En algunos casos no se toma los signos vitales o se toman inadecuadamente aduciendo que no hay tensiómetros en número suficiente para todos los pacientes que acuden al servicio. Se evidencian variaciones en los registros de signos vitales entre emergencia y hospitalización, se aduce que los equipos (tensiómetros) se dañan con facilidad o en su defecto están mal calibrados, por lo cual no coinciden los valores y es evidente que no se encuentra estandarizada la técnica para tomar signos vitales entre los profesionales del mismo servicio.
- No existe un sistema que permita apoyar al personal de guardias en la toma de decisiones, muchas veces los médicos residentes toman decisiones sin la posibilidad de consultar al médico tratante, ya que no existe un cuadro de llamadas para emergencias y cuando existe, los médicos incumplen el compromiso o no atienden las llamadas telefónicas.
- En muchas ocasiones la atención directa de la paciente y el llenado de la hoja 008 es realizado por el interno rotativo y no por el

39 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. Indicadores básicos de salud. Ecuador 2006.

40 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. Norma Materno Neonatal. Componente Obstétrico. Quito - 2008.

41 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. Dirección nacional de normatización. Mejoramiento continuo de la calidad de la atención materno infantil. Manual de estándares e indicadores e instrumentos para la calidad de la atención materno infantil. Quito - 2006

médico residente, esto incide en que muchas veces no se use Sulfato de Magnesio ni antihipertensivos por desconocimiento de la norma de atención. La ausencia de médicos residentes en el servicio de emergencia se atribuye entre otras cosas a que se encuentran realizando otras actividades en piso o quirófanos. Por carencia de personal, por delegación de funciones o por costumbre de los servicios, los residentes delegan responsabilidades en el manejo de las pacientes a los internos rotativos.

Mejoras / innovaciones en el manejo de la Pre-eclampsia/Eclampsia en el servicio de Emergencias implementadas por los EMCC:

- A través de la autorización por parte del Director del Hospital para la asignación de fondos propios del presupuesto, se procedió en algunos hospitales a la adquisición y entrega de equipos como tensiómetros y fonendoscopios a cada enfermera o personal de los servicios o cubículos de emergencia, haciéndolos responsables de su cuidado y adecuada utilización. Se coloca un reloj con segundero en todas las salas de atención.
- En el caso de la atención de pacientes con complicación obstétrica, la toma de signos vitales se realiza en varias ocasiones por el personal médico y/o interno rotativo para verificar las mediciones, especialmente de la tensión arterial.
- Con la anuencia y autorización de los directores de los hospitales y los jefes de servicio, se establece y protocoliza el uso de Sulfato de magnesio como anticonvulsivo de primera elección para pacientes con pre-eclampsia/eclampsia, según la Norma del MSP vigente para el país. No obstante, en algunos lugares, aun existen resistencias respecto a la impregnación con sulfato de magnesio, en ocasiones se ha reportado la falta de este fármaco y de hidralazina en el mercado, además de la limitación legal para realizar la adquisición a empresas no registradas como proveedores del MSP.
- Por disposición del Jefe de Servicio, en varios hospitales se estableció que se debía realizar la determinación de proteinuria y realizar una búsqueda activa del diagnóstico de pre-eclampsia a todas las pacientes embarazadas en labor de parto que acuden a la emergencia.
- Se entregó, en cada guardia, tiras reactivas para proteinuria a cada residente. En otros hospitales se entrega a la enfermera. Dependiendo de la situación organizativa de cada hospital se entrega a todos los servicios (emergencia, hospitalización, centro obstétrico, sala de partos) un frasco de tiras reactivas para que sea colocada en la vitrina del servicio. Se hace seguimiento de la utilización de la tira por el servicio de laboratorio, administración o jefe de servicio, justificando la utilización de la tira mediante una lista de pacientes atendidas. Se realizó la capacitación en manejo e interpretación de la tira de proteinuria.
- Se diseñó e implementó el uso de una tarjeta que sirve de “ayuda memoria” de las normas de atención para que los profesionales las puedan tener en sus respectivos bolsillos de los mandiles.
- Se procedió a identificar la fecha, hora y turno de los profesionales con incumplimiento de los estándares y se les llama a la reunión de revisión de historias clínicas con el EMCC para la discusión de las falencias. Los EMCC tratan de evitar la percepción que podría tener el personal de que el proceso es de tipo punitivo, a causa de la falta de costumbre para auto-evaluar los procesos de atención.

- Se realizó documentación gráfica (fotografías electrónicas) del cuadro clínico o estado en que las pacientes llegaron a la unidad de referencia y que fueron referidas de una área en especial y luego se realizaron reuniones de socialización y análisis del caso con las áreas o servicios involucrados, ya sea con traslado del EMCC y representantes de la Dirección Provincial de Salud respectiva al lugar donde ocurría la falencia o invitando al personal de la Unidad Operativa que había referido a la paciente para que acuda a la DPS.
- Con el fin de que la toma de muestras y exámenes se realice adecuadamente se delegó esta responsabilidad, según las características de cada hospital, a la enfermera o al interno rotativo. Se implementó un cuaderno de registro de entrega-recepción de exámenes de pacientes con complicación, en ocasiones por parte de laboratorio o por parte de emergencia o Gineco-obstetricia.
- Se dispuso y se motivó al personal, en especial a los médicos de los servicios para que REGISTREN todo procedimiento que se ejecute en la paciente y se delegó a un interno rotativo como responsable de resaltar con subrayado o resaltador en la historia clínica las actividades cumplidas del estándar para una mejor y más fácil verificación del cumplimiento.
- En aquellos servicios en los que no existía, se habilitó una línea telefónica para comunicación interna con las diferentes áreas de Gineco Obstetricia y del Hospital, así como para recibir y realizar llamadas a los médicos especialistas de llamada. En algunos casos se entregó al médico residente de guardia una tarjeta para llamada a celulares que se financia a través de caja chica y con autorización del Director del Hospital por intermedio de un convenio con una operadora de telefonía celular que habilitó una cabina junto al servicio de emergencia.
- Se implementó en el hospital un buzón para colocar copias de las contrarreferencias emitidas de las complicaciones. Se encargó al interno rotativo la responsabilidad de hacer las copias y depositarlas en el buzón. Cada mes se realiza con las áreas un análisis de la información contenida en las contrarreferencias recolectadas.

Deficiencias manejo de la pre-eclampsia/ eclampsia en HOSPITALIZACIÓN, encontradas por los equipos de MCC:

- Los casos de complicaciones obstétricas (preeclampsia) no son priorizados en su atención e identificación y son manejados con los procedimientos de rutina que tiene el servicio para todas las pacientes de Gineco-obstetricia.
- No se realizaba los exámenes de laboratorio y determinación de proteinuria porque los profesionales desconocen la norma, no disponen de las tirillas reactivas o no existen insumos o reactivos en el laboratorio del hospital. Ocurren pérdidas de los resultados de los exámenes realizados en el servicio de emergencia y no llegan al piso.
- Se observó el incumplimiento en la toma de signos vitales tres veces al día y tampoco se registraba la realización de la exploración del reflejo rotuliano. Se encontró que el médico no prescribía la realización del monitoreo de los signos vitales.
- Existe demora en la atención por parte de médico de mayor experiencia, ya que no se dispone de médicos tratantes que acudan a evaluar a la paciente en horas de la noche o los fines de semana.
- Existen discrepancias entre el servicio de emergencia y hospitalización sobre los criterios para catalogar el tipo de preeclampsia y por lo tanto de mantener el uso de Sulfato de Magnesio durante la hospitalización de la paciente.

- En el paso de la visita no se supervisa la aplicación de la norma por parte de los líderes del servicio, médicos y enfermeras.
- Existe un déficit de personal de enfermería y auxiliares de enfermería para atender a las pacientes de los servicios de gineco obstetricia y una alta rotación de médicos residentes e internos rotativos.

Mejoras / innovaciones en el manejo de la Pre-eclampsia / Eclampsia en hospitalización implementadas por los EMCC:

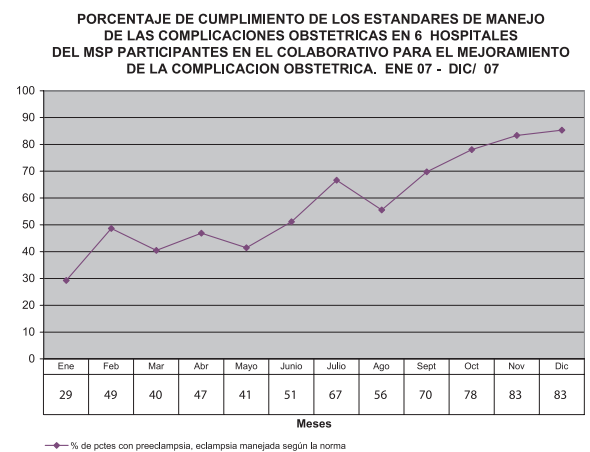
Se procedió a colocar un adhesivo rojo en la carpeta de la historia clínica para visualizar e identificar con facilidad los casos de complicaciones obstétricas (Preeclampsia), tanto durante la visita, como por secretaría y estadística. Igualmente se coloca las siglas CO, en la hoja 008 y en la cama de la paciente, para resaltar el problema presente y visualizar su prioridad.

- Los Internos rotativos fueron delegados como responsables del proceso de toma de muestras de sangre para los exámenes así como de la disponibilidad de los mismos durante las visitas médicas.
- Implementación de un cuaderno de entrega-recepción de exámenes con firma de responsabilidad por parte de Enfermería y de laboratorio clínico
- Implementación de un cuaderno u hoja de reporte de guardia de cada uno de los residentes, la misma que se entrega al término de la jornada para informar las novedades de las pacientes.
- Se procedió a mantener en un cuaderno el registro estadístico de las complicaciones por parte del servicio.
- Se realizaron varias reuniones de capacitación a todo el personal en las normas y estándares de manejo de las complicaciones

obstétricas a través de docencia programada en un día fijo de la semana.

- Se implementó el manejo de los estándares a través de cartillas en las estaciones de enfermería de Centro Quirúrgico y Gineco Obstetricia para manejo de los médicos al pasar la visita.
- Se estableció la supervisión y corrección de errores durante la visita diaria en el cumplimiento de cada uno de los indicadores de emergencia y hospitalización.
- Se realizan reuniones semanales con el personal del servicio para revisar las historias clínicas de las complicaciones, identificando a quien o quienes habían atendido el caso para supervisar el cumplimiento de las normas.
- En varias unidades, con autorización del Director del Hospital y financiado por el presupuesto propio del mismo, se adquirió e implementó el uso de una balanza portátil para el control de peso materno diario.

Resultados alcanzados:





*Atención de la
Hemorragia Obstétrica*

Lecciones aprendidas por los equipos de MCC

La Organización Mundial de la Salud reporta que existen en el mundo 529,000 muertes maternas al año, de las cuales 166,000 son originadas por hemorragia obstétrica, lo que representa el 25% del total de las muertes maternas. Más del 50% de estas muertes se presentan en las primeras cuatro horas post-parto⁴². En Ecuador en el 2006 la hemorragia post-parto ocupó el segundo lugar como causa de Muerte materna con un 11,9 % (16 muertes), pero el desprendimiento prematuro de la placenta, el embarazo ectópico y placenta previa, que también pueden ocasionar hemorragia aparecen con 5,9 % (8 muertes), 3,7 % (5 muertes) y 2,2 % (3 muertes) respectivamente⁴³.

La hemorragia obstétrica es la pérdida sanguínea en cantidad variable que puede presentarse durante el estado grávido o puerperal, proveniente de genitales internos o externos. La hemorragia puede ser hacia el interior (cavidad peritoneal) o al exterior (a través de los genitales externos)⁴⁴. Aquella que determina una pérdida excesiva de sangre, generalmen-

te superior a los 500 cc⁴⁵ requiere tratamiento (provisión de líquidos por vía endovenosa y/o transfusión de sangre)⁴⁶

Debido a que la hemorragia puede evolucionar rápidamente a shock e inmediatamente a la muerte, mas aún si se trata de una mujer con complicaciones previas como desnutrición, anemia o infección, es de fundamental importancia que el equipo profesional que se pone en contacto con el caso, en primera instancia, esté muy bien capacitado, con la experiencia necesaria, organizado y adecuadamente dotado con insumos básicos para enfrentar de manera efectiva todos los eventos que devienen de una descompensación hemodinámica tan peligrosa como es la pérdida excesiva de sangre.

El Ministerio de Salud, en base a la evidencia científica ha establecido pautas concretas y secuenciales resumidas en protocolos y estándares de atención para las mujeres con hemorragia obstétrica tanto en un momento inicial o de Emergencia (Toma y registro adecuado y frecuente de signos vitales maternos y fetales; Verificación permanente de sangrado vaginal; valoración máximo en 10 minutos por un facul-

42 INSP. Boletín de Práctica Médica Efectiva PME. Ricardo Muñoz. Dr. Luis Alcázar Álvarez. Prevención, diagnóstico y tratamiento de las hemorragias en el Embarazo, Parto y Puerperio. México 2006. www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls/boletines/PME_17.pdf

43 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Indicadores básicos de salud. Ecuador 2007

44 SECRETARIA DE SALUD. Dirección General de Salud Reproductiva. Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. Lineamiento técnico. México 2002

45 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. "Normas y procedimientos para la atención de la salud reproductiva" Versión 2008. Ecuador

46 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. Dirección nacional de normatización. Manual de estándares e indicadores e instrumentos para la calidad de la atención materno infantil. 2006

tativo; Administración de líquidos endovenosos y fármacos uterotónicos para las hemorragias posparto o transferencia inmediata al Nivel II o III según corresponda u orden de hospitalización) como en un momento posterior o de Hospitalización (realización de todos los exámenes de laboratorio pertinentes; determinación de signos vitales maternos y fetales; Verificación de sangrado vaginal con sus características; Ingesta / Excreta; Solicitud de concentrados de glóbulos rojos; Evaluación por especialista máximo en 1 hora posterior a hospitalización; Mantener administración de líquidos endovenosos y/o componentes sanguíneos y manejo terapéuticos según diagnóstico) con las que se pueden reducir las cifras de morbi-mortalidad materna y/o perinatal.

Deficiencias del manejo INICIAL/ EMERGENCIA de la hemorragia obstétrica, encontradas por los equipos de MCC:

- En varios hospitales no se toma y/o no se registran adecuadamente los signos vitales, se observa escasez de implementos de trabajo especialmente de tensiómetros.
- En la mayoría de hospitales no hay disponibilidad inmediata de sangre para las transfusiones, ya que no disponen de depósitos o hemotecas. La sangre tiene que ser conseguida por los familiares luego de hacer varios trámites y en muchas ocasiones después de pagar sumas de dinero las cuales, debido a la emergencia, la gente no dispone inmediatamente.
- En ocasiones se subestima la hemorragia, no se evalúa adecuadamente la gravedad del cuadro, en especial el choque hipovolémico y no se toman las decisiones adecuadas y oportunas. El personal inexperto cataloga la gravedad de la hemorragia únicamente por “la presencia o no de sangrado en el momento de atención” y no por los signos vitales, cuadro general y antecedentes patológicos. La evaluación del sangrado con

frecuencia es muy subjetiva y no se conoce con exactitud la cantidad de sangre que se pierde durante el parto y post parto.

- Durante los fines de semana y las noches no está siempre disponible un médico residente y tampoco el especialista, se delega el manejo a internos rotativos y enfermeras. En algunas unidades se ha dado la indicación implícita de no llamar al médico residente a evaluar emergencias, sino que es el interno rotativo quien se enfrenta a la evaluación y manejo de las pacientes.
- No está establecida, o si lo está no se cumple, la designación de médicos tratantes de llamada para resolver y apoyar telefónicamente las emergencias, menos aún en forma presencial, a sabiendas que la resolución del caso requiere la participación de otras especialidades como anestesiología o cirugía y que debido a la gravedad de estos casos deberían estar representadas por médicos tratantes con experiencia.
- Existe demora en el traslado y referencia, así como un inadecuado diagnóstico desde las unidades de menor nivel. Se procede al traslado o ingreso de la paciente sin estabilizarla previamente.

Mejoras / innovaciones en el manejo de la Hemorragia implementadas por los EMCC:

- Involucramiento del Director y autoridades de algunos Hospitales para conseguir el aprovisionamiento de sangre garantizando el reembolso económico a Cruz Roja, ante la imposibilidad de los pacientes para pagar este recurso. Esto provoca endeudamiento del hospital por el costo de la sangre.
- Varios hospitales entregaron tensiómetros y fonendoscopios a todo el personal de Enfermería, a través de adquisiciones autorizadas por los respectivos Directores de los hospitales y utilizando fondos propios de la institución.

- Se establecieron turnos de médicos de llamada en los hospitales. Su cumplimiento es supervisado por parte de los jefes de servicio, dirección del hospital y/o Dirección Provincial de Salud.
- Los internos rotativos apoyan el proceso de toma de muestras para los exámenes de laboratorio mientras se coloca la vía endovenosa para el manejo de las pacientes.
- Capacitación continua en día fijo de la semana a médicos residentes, internos rotativos, enfermeras y obstétricas. Se entrega a cada uno de los médicos residentes y médicos tratantes los algoritmos de manejo de las hemorragias y se colocan gigantografías del algoritmo en las paredes de los servicios. Se ha enfatizado en el manejo activo del tercer periodo del parto como medida preventiva.
- La evaluación del sangrado durante el parto se hace subjetivamente. Existe incumplimiento de la norma de manejo de la hemorragia obstétrica. Se desconocen los criterios técnicos para trasfunder hemoderivados y no se solicitan exámenes que evalúen el estado del sistema de coagulación. Se incumple la evaluación del control de ingesta y eliminación de las pacientes con hemorragia.
- No hay disponibilidad de formularios de solicitud de sangre, ya que éstos se entregan en número insuficiente a cada institución o se manda a retirarlos del banco de sangre en el momento de la emergencia. En muchos casos los formularios de pedido son rechazados porque incumplen la norma de la LMGYAI lo cual retarda la provisión de sangre.



- Implementación del uso de la funda retrosacal para cuantificar la cantidad de sangre perdida durante el parto y detectar oportunamente el sangrado excesivo.

Deficiencias del manejo de la hemorragia en HOSPITALIZACIÓN, encontradas por los equipos de MCC:

- En muchos hospitales no se cumplían las actividades del laboratorio, cuando se hacían los pedidos y se enviaban las muestras al laboratorio, se extraviaban los resultados.

Mejoras / innovaciones en el manejo de la Hemorragia en hospitalización, implementadas por los EMCC:

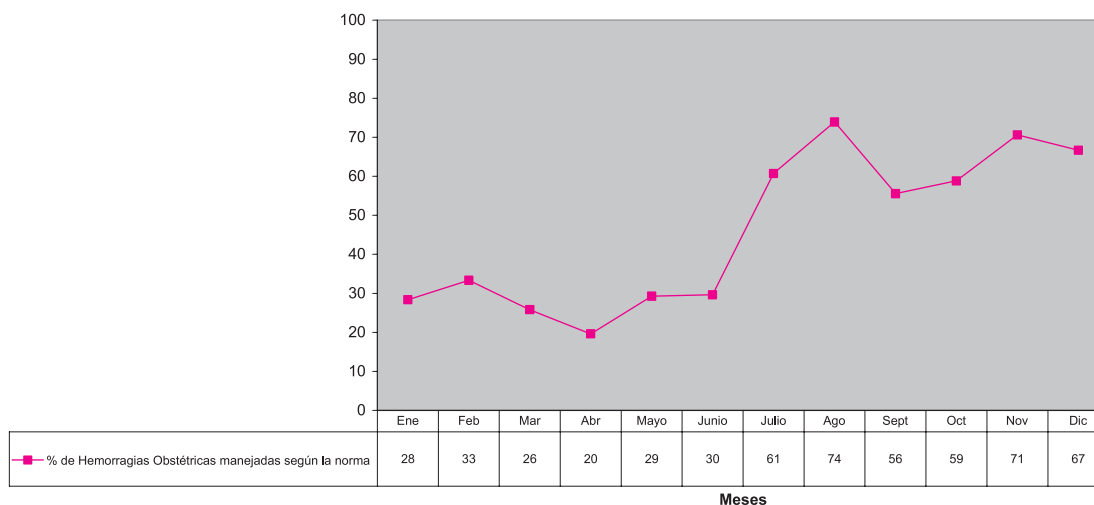
- Se establece la colocación de las hojas del estándar de manejo de la hemorragia en la historia clínica de la paciente.
- Se establece el uso de funda retrosacal para cuantificar la cantidad del sangrado en sala de partos y está incorporada al paquete de partos que se elabora o prepara en el servicio, junto con los materiales asignados según la LMGYAI.

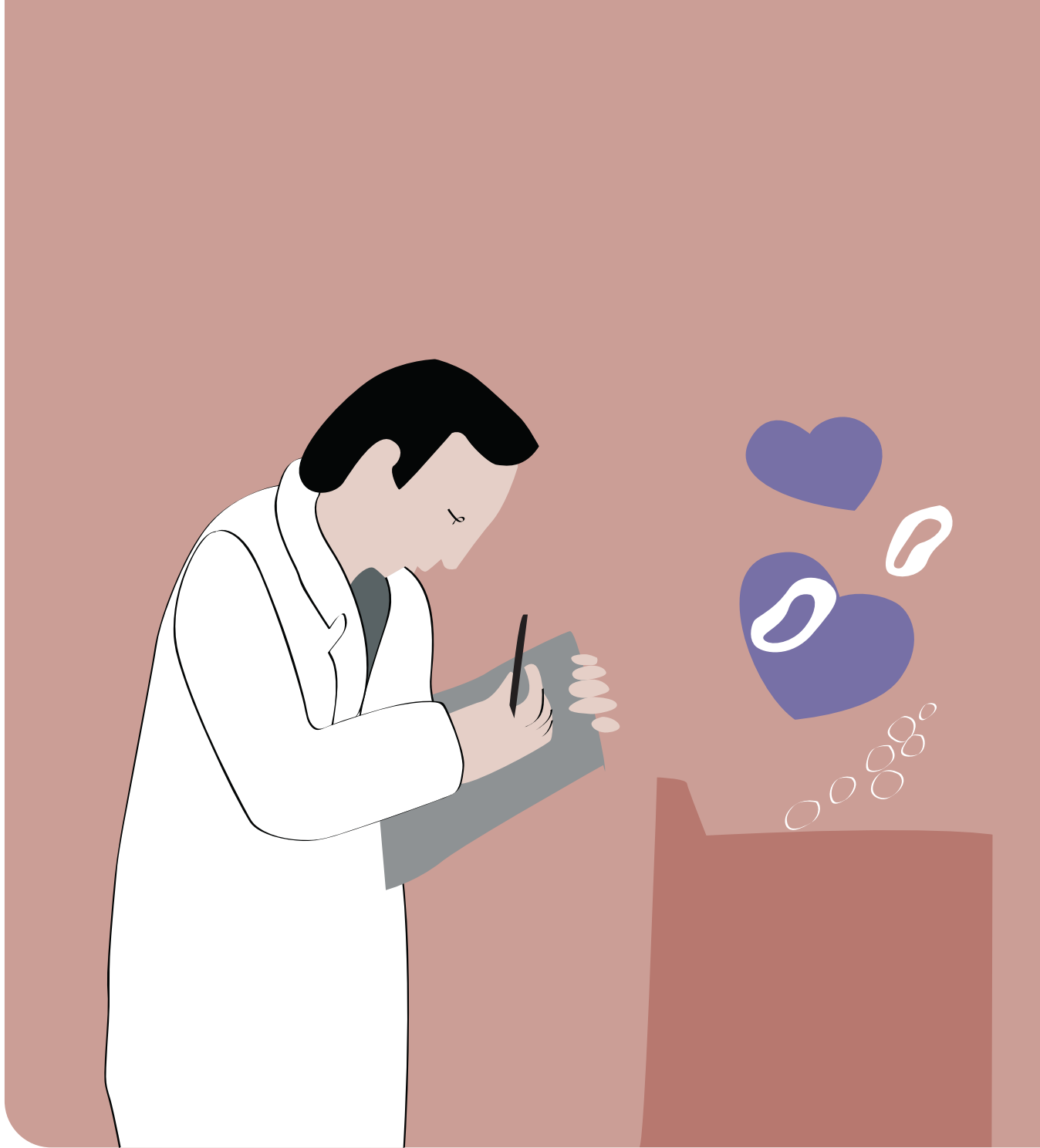


- Todo el personal que atiende a la paciente participa en la vigilancia del cumplimiento de las actividades de la norma, y, si se observa que existen falencias en el cumplimiento del estándar antes de transferir a la paciente, se notifica a la enfermera o residente para que sea corregida.
- Socialización de las normas de manejo de la hemorragia obstétrica a todo el personal de los servicios de emergencia, centro obstétrico, quirófanos, sala de partos, así como en aspectos técnicos del manejo de formularios de la LMGYAI y banco de sangre.
- Se dispone que las pacientes deben pasar a sala de hospitalización cuando se haya estabilizado su situación hemodinámica. En caso de detectarse la necesidad de hemocomponentes esta acción debe ser tomada en el servicio de emergencia.
- Identificación de la historia clínica de la paciente con hemorragia obstétrica con un adhesivo rojo o con las siglas CO, para que el personal técnico o administrativo conozca el caso y priorice la atención a la pacientes, tanto en trámites administrativos como en procedimientos analíticos o terapéuticos.
- Se establece la notificación o reporte diario por parte de los residentes, en forma verbal y por escrito de la presencia de casos de complicaciones en el servicio de hospitalización al término de la guardia.
- Se realizan reuniones periódicas con enfermeras del servicio y coordinadora de enfermería para analizar los resultados de las mediciones y tomar resoluciones ante problemas que no se han superado.
- Un importante obstáculo en el proceso de mejora de la atención en el servicio de hospitalización es el incumplimiento de las guardias de llamada y apoyo para resolver las emergencias por parte de los médicos tratantes durante las noches y fines de semana, no solo del servicio de Gineco-obstetricia, sino del servicio de Anestesiología.

Resultados alcanzados:

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE MANEJO DE LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN 6 HOSPITALES DEL MSP PARTICIPANTES EN EL COLABORATIVO PARA EL MEJORAMIENTO DE LA COMPLICACION OBSTETRICA. ENE 07 - DIC/ 07





*Atención de la
Infección Obstétrica*

Lecciones aprendidas por los equipos de MCC

Se define como Infección de causa obstétrica, a aquella que cursa con fiebre (temperatura de 38° C o más) antes del parto, durante el parto o en el postparto. Las etiologías infecciosas más frecuentes y graves son: el aborto séptico, la corioamnionitis o infección de membranas ovulares y la endometritis con sus complicaciones pélvicas⁴⁷. El aborto séptico es un aborto asociado con infección, en el cual hay diseminación del microorganismo y/o toxinas que originan fiebre, endometritis, parametritis y septicemia. El aborto séptico es una entidad prácticamente inexistente en los países donde el aborto es legal; sin embargo, sigue siendo la principal causa de muerte materna en los países donde el aborto se hace en forma clandestina.⁴⁸

En Ecuador, las estadísticas del 2006 señalan que la sepsis puerperal aporta con un 5,2 % (7 muertes) al total de la carga de muertes maternas.⁴⁹

El manejo oportuno a través del cumplimiento de la norma establecida para la atención a las mujeres con cualquier infección de causa

obstétrica, disminuye ostensiblemente el riesgo de muerte del binomio madre hijo/hija. Los estándares consideran la realización y registro de un grupo específico de acciones secuenciadas y periódicas en dos momentos claves de la atención: el Inicial o de Emergencia y el de Hospitalización.

En el momento inicial de atención en el servicio de Emergencias se incluye: determinación de la edad gestacional; determinar al menos en una oportunidad, signos vitales, verificación del sangrado genital, flujos o loquios de mal olor; en caso de embarazo, revisar actividad uterina y/o dolor hipogástrico, vitalidad del producto (frecuencia cardiaca fetal); en caso de postparto constatar involución uterina; examinar las mamas; buscar signos de infección en las heridas quirúrgicas abdominales o perineales (si aplica); realización de los respectivos exámenes de laboratorio (recuento leucocitario, hematocrito y o hemoglobina, EMO y/o tirilla); manejo terapéutico a través de disminución la temperatura por medios físicos o uso de antipiréticos, administrar líquidos intravenosos, iniciar antibiótico-terapia de amplio espectro (Clindamicina y Gentamicina o Ampicilina, Gentamicina y metronidazol) y referencia inmediata al nivel II o III, según corresponda u orden de hospitalización.

Posteriormente, si es el caso, en el servicio de Hospitalización se establecen y recomiendan las siguientes conductas: determinar, al menos tres

47 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. Dirección nacional de normatización. Manual de estándares e indicadores e instrumentos para la calidad de la atención materno infantil. 2006

48 Clínica al Día. Ginecología y Obstetricia. Aborto séptico. Venezuela 2007. obstetriciayginecologiaaldia.blogspot.com/2007/10/aborto-sptico.html

49 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. Indicadores Básicos de Salud. 2007

veces al día, signos vitales (mínimo durante 48 horas o hasta su estabilización); realizar al menos una vez al día, control de ingesta y excreta e involución uterina si está en postparto; manejo terapéutico en base a evaluación por especialista o líder o jefe/jefa de servicio de Gineco-obstetricia dentro de las primeras 12 horas de ingreso o de aparición de sintomatología febril o infecciosa; disminución de temperatura por medios físicos o uso de antipiréticos si aplica; valorar la antibiótico-terapia IV iniciada si no hay mejoría clínica en 72 horas; exploración, drenaje y curación de heridas quirúrgicas infectadas o abscesos mamarios si es el caso; consejería sobre anticoncepción en el postparto o postaborto al momento del alta⁵⁰.

Deficiencias en el manejo INICIAL O DE EMERGENCIA de la Infección Obstétrica, encontradas por los equipos de MCC:

- En varios hospitales no se realizan diagnósticos apropiados y oportunos debido a que la entidad infecciosa es compleja y tiene muchas manifestaciones, más aún cuando el diagnóstico de ingreso y valoración lo hace el interno rotativo, ya sea por ausencia del médico residente en su área de trabajo o porque hay insuficiente personal para atender a las pacientes.
- Existe desconocimiento y falta de aplicación de la norma de atención de las infecciones de origen obstétrico. Demora en la atención de la paciente por enfermería y médico residente ya que no se prioriza el caso ni se tiene criterio de la severidad de la patología infecciosa.

- Retardo en el inicio del tratamiento prescrito por falta de medicamentos, generalmente antibióticos, ya que no se dispone de stock mínimo o no se puede adquirir porque no hay en el mercado y/o se debe hacer la adquisición a una casa comercial definida por el MSP.
- Incumplimiento del control de ingesta y excreta, porque el personal médico no prescribe o el de enfermería no cumple por desconocimiento de la norma. Los resultados de exámenes en ocasiones no son reportados o se extravían en el hospital.

Mejoras / innovaciones en el manejo de la Infección obstétrica, implementadas por los EMCC:

- Capacitación clínica permanente enfatizando en aspectos como el uso adecuado de antibióticos. Un problema que se debe superar en este tema es el desconocimiento de los esquemas de antibióticos que debían utilizarse como parte del protocolo.
- Se establece la implementación de una vitrina en emergencia para disponer de los insumos y materiales para la atención a la paciente con complicación obstétrica por infección.
- Enfermería lleva un libro de recepción de resultados de exámenes de laboratorio, con firma de responsabilidad.

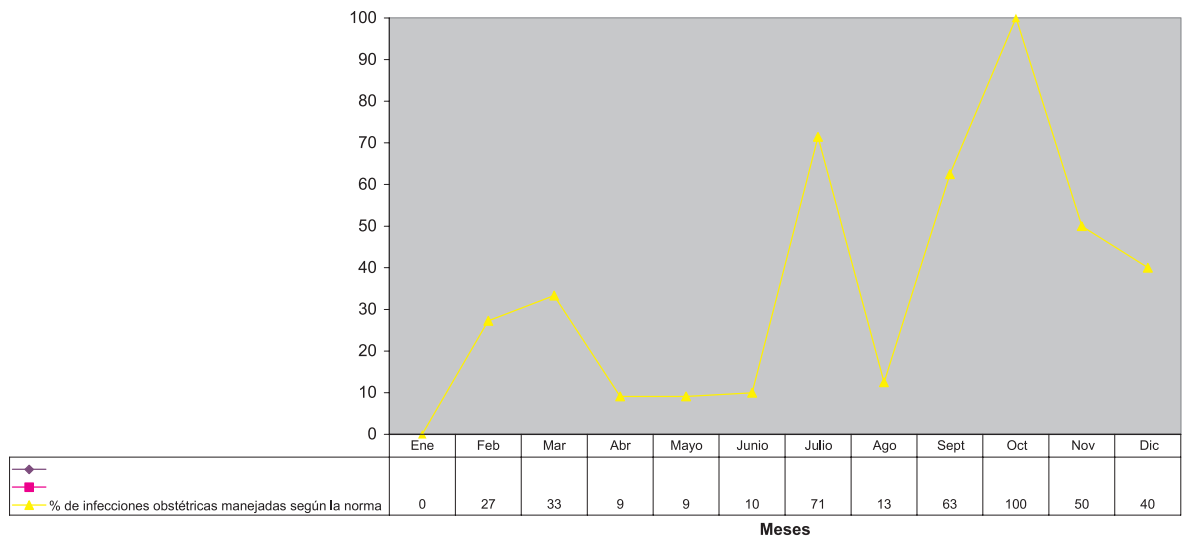
50 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR.
Dirección nacional de normatización. Manual de estándares e indicadores e instrumentos para la calidad de la atención materno infantil. 2006

- Se establece que los médicos tratantes y líderes de servicio realicen supervisión del cumplimiento de la norma y medición de estándares.



Resultados alcanzados:

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE MANEJO DE LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN 6 HOSPITALES DEL MSP PARTICIPANTES EN EL COLABORATIVO PARA EL MEJORAMIENTO DE LA COMPLICACION OBSTETRICA. ENE 07 - DIC/ 07



Próximas etapas en el proceso de expansión de la mejora continua de la calidad en los CONE en el Ecuador

A partir de las experiencias descritas en las páginas anteriores en el trabajo del Ministerio de Salud en las doce provincias iniciales, el MSP expandirá este proceso a todo el Ecuador en el año 2008. Para ello, la Dirección Nacional de Normatización, con las micro-áreas de Salud de la Mujer y Salud de la Niñez, formará equipos de conducción del proceso en todas las Direcciones Provinciales de Salud. Estos equipos de conducción provincial serán encargados de apoyar el trabajo de los equipos de MCC que se integren en las Unidades de salud ambulatorias y en los hospitales cantonales y generales.

Todo el esfuerzo del MSP y las Direcciones Provinciales, así como de los equipos de MCC, está inmerso en el marco del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal (PRAMNE), y del cumplimiento de los objetivos correspondientes del Plan Nacional de Desarrollo. Para ello, los Líderes de las micro-áreas de salud de la Mujer y Salud de la Niñez, ejercerán un rol clave de apoyo a las Direcciones Provinciales de Salud y de vigilancia de los indicadores tanto de proceso (cumplimiento de estándares de calidad), como de resultado (mortalidad materna y neonatal).

Para fortalecer la etapa de expansión del MCC en CONE, la Dirección Nacional de Normatización apoyará también a las Direcciones Provinciales para que se establezcan en los hospitales generales de capital provincial los Centros

Provinciales de Capacitación en CONE⁵¹. Algunas Direcciones y Hospitales provinciales ya los han establecido, con considerable éxito, por ejemplo, los de las provincias de Tungurahua, Chimborazo, Manabí, Orellana. El MSP cuenta para ello con estas valiosas experiencias, así como con los Módulos de Capacitación en CONE que han sido desarrollados.

51 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Proyecto QAP/US-AID. Curso de Capacitación Clínica en Cuidado Obstétrico Esencial, CONE. Guía del Capacitador. Quito, 2008.

Recursos bibliográficos y humanos disponibles para apoyar el proceso de mejora continua de calidad de los CONE

El presente documento, con las experiencias y lecciones aprendidas en las provincias iniciales, es uno de los recursos que esperamos apoyen el proceso de expansión. Sin embargo, creemos conveniente listar a continuación los recursos que las Direcciones Provinciales y las Unidades de Salud, así como también los equipos de MCC, pueden utilizar para el desarrollo de su importante trabajo de mejora continua de la calidad de los CONE y reducción de la mortalidad materna y neonatal.

Se puede obtener mayor información sobre cómo conseguir estos recursos comunicándose ya sea con la Dirección Nacional de Normatización del MSP, o con el Proyecto HCI (ex-QAP) en las siguientes direcciones, teléfonos y direcciones electrónicas:

- Dirección Nacional de Normatización. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Av. República del Salvador 950 y Suecia. Teléfono 3-814 - 400/450.
- Proyecto HCI (ex-QAP): Colón 720 y Almagro, Edificio El Cisne, 5° Piso. Telefax 2-222 119 o 2-506 816. Correo electrónico: lcarranza@ecnet.ec

Recursos bibliográficos:

1. ONU Objetivos de Desarrollo del Milenio. Objetivos No.4 y No.5 en lo pertinente a la reducción de muerte materna e infantil. Nueva York, Septiembre 2000. www.un.org/spanish/
2. Consejo Nacional de Salud del Ecuador, CONASA. Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Quito, 2006.
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y neonatal. (en construcción) 2008.
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador - Dirección Nacional de Normatización. Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para la Calidad de la Atención Materno-infantil. Quito, Septiembre 2006.
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Addendum a la Norma Nacional para el Manejo Activo del tercer período del parto. Quito, 2006.
6. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Provincial de Salud del Tungurahua. Proyecto de Garantía de Calidad, QAP-US-AID. Manual para la Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto. Quito, Marzo 2007.
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Subsecretaría de Desarrollo Institucional. Gestión para la Calidad en Unidades descentralizadas. Quito, Septiembre 2000.
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador MSP. QAP/USAID. Curso de Capacitación Clínica en Cuidado Obstétrico Esencial (COE)/Complicaciones Obstétricas y Neonatales. Guía del Capacitador/Guía del Profesional. Quito 2008

9. Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social CEPAR. Encuesta Demográfica de Salud Materna e Infantil ENDEMAIN -2004. Ecuador 2005
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Normatización. Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud, HCI. Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) de la Atención Materno Neonatal. Componente Obstétrico de la Norma Materno Neonatal. Quito, Junio 2008
11. Proyecto 2000/USAID; Ministerio de Salud del Perú. Tecnologías Perinatales, CD-ROM. Disponible en la Dirección Nacional de Normatización, MSP, o en el Proyecto HCI (ex QAP) en Quito.
12. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, MSP. Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud, HCI-USAID (ex-QAP). Curso de Capacitación Clínica en CONE. Módulos y Guía del Proveedor del Servicio. Quito, 2007. Disponible en la Dirección Nacional de Normatización, MSP, o en el Proyecto HCI (ex QAP) en Quito.
13. Camila Chaparro Chessa Lutter / A Virginia Camacho Hubner. Prácticas esenciales del parto para la salud y la nutrición de la madre y el recién nacido. 2007- 11-01. www.paho.org/Spanish.
14. Ministerio de Salud Pública. Indicadores Básicos de Salud Ecuador 2007
15. Presidencia de la República del Ecuador. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo SENPLADES. Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2010. Ecuador 2007. www.senplades.gov.ec/
16. Nápoles Méndez D, Bajuelo Páez AE, Téllez Córdova M del C, Couto Núñez D. El partograma y las desviaciones del trabajo de parto [artículo en línea]. MEDISAN 2004; 8(4). http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san07404.htm
17. JHPIEGO Corporation. Reproductive Health Online (ReproLine). Atención del recién nacido normal. 2003. www.reproline.jhu.edu/
18. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud. Programa de Atención Integral a la Niñez. Guía de Intervenciones Perinatales Basadas en Evidencias para la Reducción de la Mortalidad Perinatal. Ecuador, 2007.
19. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multi-centre prospective study. *Br Med J.* 2007; 335:1025.
20. María Elena Mejía/Víctor Hugo Quintero/ María Clara Tovar. ¿La episiotomía debe ser un procedimiento de rutina? *Colombia Médica* año/vol. 35, número 002. Universidad del Valle Cali Colombia 2004 www.colombiamedica.univalle.edu.co/Vol35-No2/cm35n2a4.htm
21. Nacer Latinoamericano: Medicina, materno, feto neonatal. Información de Latino América y El Caribe. Causas de Mortalidad Neonatal. www.nacerlatinoamericano.org/
22. Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva. CLAP/SMR OPS/OMS. www.clap.ops-oms.org
23. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normatización Técnica del Manejo Activo del Tercer Período del Parto. Addendum al Capítulo de Atención del Parto Normal. Quito, Ecuador. 2006.
24. Cruz Roja Ecuatoriana. Red de Bancos de Sangre. www.cruzroja.org.ec/

25. Prof. Dr. Carlos Alberto Cassella, Dr. Vicente Guillermo Gómez, Dr. Domingo J. Maidana Roa. Puerperio Normal. Revista de postgrado de la cátedra Vía Medicina Nro. 100 Diciembre 2000. www.med.unne.edu.ar/revista/revista100/puerperio_normal.htm-29k
26. USAID. ISSUE BRIEF. Newborn Health. August 2007.
27. Sociedad de Gineco Obstetricia de Venezuela. Atención Inmediata Integral del Recién Nacido en Establecimientos Asistenciales. www.sogvzla.org/
28. Duley L, Gulmezoglu AM, Henderson-Smart DJ. Anticonvulsivos para mujeres con preeclampsia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.
29. Antoinette C. Boltea, Herman P. van Geijna, Gustaav A. Dekker. Tratamiento y control de la preeclampsia grave. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital de la Universidad Libre, De Boelelaan Amsterdam, Holanda Servicio de Salud de Adelaida del Norte, Universidad de Adelaida, Adelaida, SA, Australia. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology (Ed. Española) 2001
30. INSP. Boletín de Práctica Médica Efectiva PME. Ricardo Muñoz. Dr. Luis Alcázar Álvarez. Prevención, diagnóstico y tratamiento de las hemorragias en el Embarazo, Parto y Puerperio. México 2006. www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls/boletines/PME_17.pdf
31. SECRETARIA DE SALUD. Dirección General de Salud Reproductiva. Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. Lineamiento técnico. México 2002
32. Clínica al Día. Ginecología y Obstetricia. Aborto séptico. Venezuela 2007. obstetriciayginecologiaaldia.blogspot.com/2007/10/aborto-sptico.html
33. www.maternoinfantil.org (en construcción). Esta página web en el área de la Salud Materno-Infantil en países de América latina pondrá a disposición artículos científicos, medicina basada en la evidencia, resumirá experiencias de implementación de intervenciones de mejora de la atención, normas, guías clínicas y estándares, así como herramientas y métodos prácticos para el mejoramiento de la atención a la salud materno-infantil. Estará disponible alrededor de Enero 2009.

Profesionales del MSP expertos en MCC y/o CONE

- Dra. Susana Moscoso / Coordinadora Implementación de Norma / DPS DE COTO-PAXI / disacotopaxi@hotmail.com; fomentocotopaxi@yahoo.com
- Dr. Robert Alvarez / Ginecólogo / HOSPITAL GENERAL LATACUNGA / ralvarez69@hotmail.com
- Dr. Carlos Donoso / Epidemiólogo / HOSPITAL GENERAL LATACUNGA
- Lcda. Vilma Mena / Líder de Enfermería / HOSPITAL GENERAL LATACUNGA / Vilma-dericaurte@hotmail.com
- Dr. Wilson Nina / Director Provincial de Salud / DPS CHIMBORAZO / wnina@andinanet.net
- Rosa Elena Costales / Coordinadora de IN / DPS CHIMBORAZO / redecostales@yahoo.com
- Lic. Sara Vallejo / Coordinadora Gestión de Enfermería / HOSPITAL GENERAL RIOBAMBA / saravap@hotmail.com
- Lic. María Elena Robalino / Líder de Emergencia / HOSPITAL GENERAL RIOBAMBA / malenarob@yahoo.com.mx
- Dr. Lino Rojas / Jefe de Ginecología y Obstetricia / HOSPITAL GENERAL RIOBAMBA / larojas@andinanet.net

- Dr. Daniel Solano / Director del Hospital General Teófilo Dávila / HOSPITAL GENERAL TEOFILO DAVILA / Danyso77@yahoo.es; olanpso77@yahoo.es
- Dr. Ermel Romero / Coordinador Servicio Técnico Hospitalario / HTD - EL ORO / ermelromeromd@hotmail.com
- Dr. Freddy Serrano / Medico tratante / HTD - EL ORO / Frescarrier48@hotmail.com; Fredxavier48@hotmail.com
- Lcda. Carmen Chica / Coordinadora de Enfermería / HOSPITAL BÁSICO SANTA ROSA/ EL ORO / lcda.carmenchica8663@hotmail.com
- Dr. Gil Moreira / Medico tratante G.O. / HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA / gilmoreiraproaño@yahoo.es
- Lic. Genoveva Aizaga /Coordinadora MC / HDTC / genoaizaga@yahoo.es
- Dra. Erika Gutiérrez / Jefe de Laboratorio / HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA / perikite_28@hotmail.com
- Dra. Suhai Méndoza / Residente de Ginecología / HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA / suhai_men@yahoo.com
- Dr. Walter Caicedo / Líder del Servicio de Pediatría / HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA / wecaicedo@yahoo.com
- Dra. María de Lourdes Freire / Directora Provincial de Salud / DPS TUNGURAHUA / mariadelourdesfreire@yahoo.es
- Dr. Octavio Miranda / Ginecólogo / HOSPITAL GENERAL AMBATO / decanomedicina@yahoo.com
- Dr. Galo Vinuesa / Líder de emergencia / HOSPITAL GENERAL AMBATO / settungurahua@yahoo.com
- Lcda. Isabel Villacís / Coordinadora Docencia / HOSPITAL GENERAL AMBATO / marina056@hotmail.com
- Dr. Eduardo Yépez / Líder Salud de la Mujer / MSP - QUITO / eyepez3@yahoo.com
- Lcdo. Antonio Recalde / Administrador CA-ATS / MSP - QUITO / caatsmsp@hotmail.com; caatsmsp@excite.com
- Dra. Bernarda Salas / Directora Nacional de Normatización / MSP - QUITO / bsa-las@msp.gov.ec
- Dra. Jeaneth Campoverde / Coordinadora Implantación de Normas / DPS DEL AZUAY / mercyc72@hotmail.com
- Dra. Eugenia Taco / Coordinadora de MCC / DPS DE BOLÍVAR / dreugeniataco@yahoo.com; dpsbolivar@yahoo.com
- Lic. Sara Duran / Enfermera / DPS COTOPAXI / saraduran@yahoo.es
- Dr. Milton Jaramillo / DPS DE IMBABURA / miltonjaramillo@yahoo.es
- Ec. Piedad Hinojosa / Líder de aseguramiento de la calidad / DPS DE IMBABURA / estadisticaimb@hotmail.com
- Dra. Yuling Reascos / Coord. Normatización / DPS DE IMBABURA / yureascos@yahoo.com
- Dra. Iris Mendoza / Director de Salud / DPS MANABI / irismoral@yahoo.es
- Dr. Antonio Orquera / Líder de Oferta y Demanda / DPS DE TUNGURAHUA
- Liliana Aguirre / Enfermera / DPS DE TUNGURAHUA / aguirreliliana05@yahoo.es
- Lic. Myriam Mejía / Estadística / DPS DE TUNGURAHUA / aseguramientodpst@yahoo.es
- Dr. Patricio Ayabaca / Consultor HCI / QAP QUITO / payabaca@ecnet.ec
- Dr. Jorge Hermida / DIRECTOR HCI / QAP - QUITO / drhermida@yahoo.com



Ministerio de Salud Pública

Sistema Nacional de Salud



www.msp.gov.ec

Av. República de el Salvador Nº 950 entre Suecia y Naciones Unidas